163

# THÈSE

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908 — THÈSE — N° —

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Mercredi 1er Avril 1908, à 1 heure*

PAR

**André BLAIN**

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Médaille de Bronze de l'Assistance publique (1903 et 1907)
Moniteur d'Accouchement à la Clinique Baudelocque

# LE POULS

DANS LA

# PUERPÉRALITE

*Président* : M. PINARD, *professeur*

*Juges* : MM. RECLUS, *professeur*
GOSSET, *agrégé*
COUVELAIRE, *agrégé*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical*

**MARCHAL & BILLARD**

IMPRIMEURS-ÉDITEURS, LIBRAIRES DE LA COUR DE CASSATION
**27, Place Dauphine, 27**

1908

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

| | |
|---|---|
| **Doyen** | M. LANDOUZY |
| **Professeurs** | MM. |
| Anatomie | NICOLAS |
| Physiologie | Ch. RICHET |
| Physique médicale | GARIEL |
| Chimie organique et Chimie générale | GAUTIER |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale | BLANCHARD |
| Pathologie et thérapeutique générales | BOUCHARD |
| Pathologie médicale | BRISSAUD<br>DEJERINE |
| Pathologie chirurgicale | LANNELONGUE |
| Anatomie pathologique | Pierre MARIE |
| Histologie | PRENANT |
| Opérations et appareils | QUENU |
| Pharmacologie et matière médicale | POUCHET |
| Thérapeutique | GILBERT |
| Hygiène | CHANTEMESSE |
| Médecine légale | THOINOT |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | Gilbert BALLET |
| Pathologie expérimentale et comparée | ROGER |
| Clinique médicale | HAYEM<br>DIEULAFOY<br>DEBOVE<br>LANDOUZY |
| Maladies des enfants | HUTINEL |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale | JOFFROY |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | GAUCHER |
| Clinique des maladies du système nerveux | RAYMOND |
| Clinique chirurgicale | LE DENTU<br>BERGER<br>RECLUS<br>SEGOND |
| Clinique ophtalmologique | De Lapersonne |
| Clinique des maladies des voies urinaires | ALBARRAN |
| Clinique d'accouchements | PINARD<br>BAR<br>RICHEMONT-DESSAIGNES |
| Clinique gynécologique | POZZI |
| Clinique chirurgicale infantile | KIRMISSON |
| Clinique thérapeutique | Albert ROBIN |

## Agrégés en exercice.

| MM. | | | |
|---|---|---|---|
| AUVRAY | CUNEO | LAUNOIS | NOBECOURT |
| BALTHAZARD | DEMELIN | LECENE | OMBREDANNE |
| BRANCA | DESGREZ | LEGRY | POTOCKI |
| BEZANÇON (Fer.) | DUVAL (Pierre) | LENORMANT | PROUST |
| BRINDEAU | GOSSET | LŒPER | RENON |
| BROCA (André) | GOUGET | MACAIGNE | RICHAUD |
| BRUMPT | JEANNIN | MAILLARD | RIEFFEL, chef des travaux anat. |
| CARNOT | JEANSELME | MARION | |
| CASTAIGNE | JOUSSET (André) | MORESTIN | SICARD |
| CLAUDE | LABBE (Marcel) | MULON | ZIMMERN |
| COUVELAIRE | LANGLOIS | NICLOUX | |

*Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
LE DOCTEUR A. BLAIN

A MA MÈRE

A MON FRÈRE LE DOCTEUR R. BLAIN

A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR LEMARIEY

A MES PARENTS

A MES AMIS

## A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Professeur Agrégé CAMPENON (Bénévole 1898-1899), Chirurgien de l'Hôpital de la Charité.

Monsieur le Professeur Agrégé A. BROCA (Bénévole 1899), Chirurgien de l'Hôpital Trousseau.

Monsieur le Docteur LABADIE-LAGRAVE (Bénévole 1900), Médecin de l'Hôpital de la Charité.

Monsieur le Docteur MERKLEN (Stage 1900-1901), (*In memoriam*).

Monsieur le Docteur LAUNAY (Externat 1901-1902), Chirurgien de l'Hôpital Cochin.

Monsieur le Professeur PINARD (Externat 1902-1903), Clinique Baudelocque.

Monsieur le Docteur MOSNY (Externat 1903-1904), Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine.

Monsieur le Professeur DEBOVE (Externat 1904-1905), Médecin de l'Hôpital-Beaujon.

Monsieur le Professeur Agrégé MARION (Externat 1905-1906), Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Monsieur le Docteur PAPILLON (Externat 1906), Médecin de lHôpital Bretonneau.

Monsieur le Docteur GUINON (Externat 1907), Médecin de l'Hôpital Bretonneau.

## A MES AUTRES MAITRES

Monsieur le Docteur CASTEX, Oto-rhino-laryngologiste de l'Institut national des Sourds-Muets.

Monsieur le Professeur Agrégé JEANSELME, Médecin de l'Hôpital Broca.

Monsieur le Docteur MORAX, Ophtalmologiste de l'Hôpital Lariboisière.

Monsieur le Professeur Agrégé GOSSET, Chirurgien des Hôpitaux.

Monsieur le Professeur Agrégé POTOCKI, Accoucheur des Hôpitaux.

Monsieur le Professeur Agrégé WALLICH.

Monsieur le Professeur Agrégé COUVELAIRE, Accoucheur des Hôpitaux.

Monsieur le Professeur Agrégé CASTAIGNE, Médecin des Hôpitaux.

Monsieur le Professeur Agrégé JOUSSET, Médecin des Hôpitaux.

Monsieur le Docteur RIST, Médecin des Hôpitaux.

Monsieur le Docteur CAUZARD, oto-rhino-laryngologiste du dispensaire Furtado-Heine.

A MM. les Docteurs CAZEAUX, LACASSE, LE MASSON, MOUCHOTTE, PAQUY, SAINTON, SAUVAGE

## A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. PINARD

Professeur de Clinique obstétricale
Membre de l'Académie de Médecine

Avant de commencer ce travail, nous tenons à témoigner à notre maître, M. le Professeur Pinard, toute la reconnaissance que nous ont inspirée sa bonté et sa bienveillance à notre égard. Ami de notre regretté Père, il a reporté sur ses deux fils, toute l'affection qu'il avait pour lui. Durant toute la durée de nos études, il n'a cessé de nous suivre de sa sollicitude constante et de nous aider de ses précieux conseils. Nous avons eu la bonne fortune de profiter plus particulièrement de ses leçons au cours de notre année d'externat à la Clinique Baudelocque, année pendant laquelle il nous a inculqué ces idées généreuses qui sont le but de son enseignement.

Enfin, nous ne saurions trop le remercier d'avoir bien voulu nous prendre comme moniteur pendant l'année 1907-1908.

Nous tenons également à adresser un témoignage de gratitude à M. le professeur agrégé Convelaire, pour l'assistance qu'il nous a prêtée dans l'exécution de notre thèse.

# Le Pouls dans la Puerpuéralité

## INTRODUCTION

Le pouls a été le sujet de longs mémoires où s'est dépensée la verve imaginative des anciens auteurs. Ils en arrivaient par spéculation mentale, plutôt que par observation scientifique, à voir dans les caractères du pouls une foule d'indications plus ou moins véridiques. C'est ainsi, pour ne nous occuper que de la grossesse, que les anciens médecins chinois prétendaient pouvoir reconnaître par ce seul examen, l'âge de la grossesse, le sexe de l'enfant et même la gémelliparité (1).

Nous retrouvons encore cette même prétention dans les écrits des anciens médecins japonais (2), chez Avicenne (3) (980-1037) et même chez les auteurs plus modernes, jus-

1. P. J. B. du Halde. *Description de la Chine et de la Tartarie chinoise*. Paris. Le Mercier, 1735, III, p. 389 et 410.

2. Myake et Muller, « L'obstétrique au Japon. » Traduct. Charpentier. *Arch. de Tocol.* 1879, p. 523.

3. Avicenne. Avicennæ medicorum arabum principis, *Liber canonio* Basileæ, 1556, *de Signis masculinitatis*, cap. 13, p. 713.

qu'à la fin du XVIII[e] siècle : Guillemeau (1) (1609), De la Brousse (2) (1771), Amoreux (3) qui avoue que l'art sphigmique est « vraiment divinatoire et de la magie. »

Cette idée était déjà combattue au XVIII[e] siècle ; mais ce n'est qu'au commencement du XIX[e] siècle qu'elle fut surtout battue en brèche par Serrurier (4) et Bourdon (5).

Plus tard Cazeaux (6) et Cazin (7) n'attachent aux caractères du pouls aucune valeur dans le diagnostic de la grossesse et ce moyen ne s'emploie plus guère, d'après Landry (8), « que dans les drames de l'Ambigu et de la Gaîté. »

Cependant tous les auteurs ne restaient pas dans ce domaine purement spéculatif, et quelques-uns s'étaient préoccupés des indications plus pratiques que pouvait en retirer la thérapeutique de l'époque. Celle ci étant surtout basée sur la doctrine humoriste, c'étaient surtout les indications de la saignée qui avaient été étudiées.

---

1. Jacques Guillemeau. *De l'heureux accouchement des femmes.* Paris 1609, p. 16.

2. De la Brousse. *Journal de médecine.* Paris, 1771, t. XXXVI, p. 129.

3. Amoreux. *Journal de médecine*, 1771, t. XXXVI, p. 218.

4. Serrurier. Art. Pouls, *Dict. des Sc. médicales*, 1820, p. 408.

5. Bourdon. *Principes de physiologie médicale*, 1828, t. II, p. 611.

6. Cazeaux. *Traité de l'art des accouchements*, 3[e] édit., 1850, p. 129.

7. Cazin. « Des varices pendant la grossesse et l'accouchement. *Arch. de tocologie*, 1880, p. 518.

8. P. Landry. *Traité pratique des maladies des femmes*, 1864, p. 65.

Mauriceau (1) (1738) dit qu' « un pouls petit et languissant dans les pertes abondantes est une contrindication à la saignée. »

Pour Levret (2) (1766) « les femmes qu'il convient de saigner dès le second ou dès le troisième mois de leur grossesse sont celles dont les règles étaient très abondantes, qui n'ont point perdu l'appétit, dont la chair est ferme, le coloris vermeil, et le pouls plein et raide ».

Enfin Guersent (3) indique la saignée comme traitement préventif de l'hémorragie et dit : « Le pouls fournit des indications auxquelles il faut attacher une grande importance, mais cependant l'état du pouls ne peut pas seul décider le médecin à pratiquer une saignée. Le pouls dur, rebondissant, fort, plein et régulier, ou celui qui est serré, dur et vibrant sont ceux qui réclament particulièrement l'usage de la saignée, surtout lorsque les signes qui annoncent qu'il y a pléthore ou excès de force se trouvent réunis avec les caractères du pouls que nous venons d'indiquer. Les pouls faibles, faciles à déprimer ou intermittents, irréguliers, inégaux, accompagnés d'un sentiment de faiblesse, de prostration, de syncope, de sueurs, doivent au contraire éloigner de la saignée générale et même des saignées capillaires. »

Avec P. Dubois (1848), l'étude du pouls entre dans une ère nouvelle. Le premier, il signale l'accélération du pouls dans les vomissements dits incoercibles, et en tire, malgré

1. Mauriceau. Obs. DXXXII, p. 442, t. II. 1738.
2. Levret. *Accouchements*, 1766, p. 213.
3. Guersent. *Dict. des sc. médicales*, art. « Saignée », t. XLIX, p. 374, 1820.

l'opinion de Cazeaux, l'indication d'interrompre la grossesse.

A cette époque, le thermomètre entre dans la pratique médicale et, comme tous les moyens d'investigation nouveaux, il prend une place prépondérante un peu au détriment du pouls. Cependant les progrès de la physiologie ramènent l'attention sur l'étude des caractères de l'ondée sanguine. Le sphigmographe de Marey permet d'étudier de façon complète la forme de la pulsation. Mais il ne renseigne pas sur la tension sanguine et il faut arriver au sphigmomanomètre pour être renseigné à ce sujet, ainsi que le montrent les travaux de Potain, Vaquez, Pinard et Queirel.

Grâce à ces deux appareils, et surtout au sphigmomanomètre, on est arrivé à se faire une idée très nette sur la physionomie du pouls dans la puerpuéralité. Depuis de longues années, le Professeur Pinard s'est attaché à l'étude clinique du pouls dans la puerpuéralité. De nombreuses observations lui ont permis de dégager les conséquences pratiques fournies par le pouls: Synthétisant toutes ces recherches il a pu trouver dans l'étude du pouls des éléments de pronostic et des indications thérapeutiques d'une très grande utilité pratique (Cliniques Obstétricales, 1894-1899, Congrès de Marseille 1899, de Paris 1900 et de Rome 1902).

C'est sous son inspiration que nous avons entrepris ce travail où nous avons essayé de rassembler les diverses opinions émises sur le pouls dans la puerpuéralité.

Nous allons donc exposer les idées défendues depuis longtemps par notre Maître, en les appuyant sur de nombreuses observations pour montrer combien elles sont justes et rationnelles.

## DÉFINITION DU SUJET ET PLAN

Que doit-on entendre par « le pouls dans la puerpuéralité ? » Sous cette dénomination, on doit faire non seulement rentrer le pouls physiologique pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches, mais encore les modifications subies par le pouls dans la puerpuéralité pathologique et c'est même cette dernière partie que nous avons le projet d'étudier particulièrement. Nous disons « puerpuéralité pathologique » et non « état puerpuéral pathologique », car nous éliminons toutes les affections qui viennent compliquer cette puerpuéralité.

Le plan nous est imposé par la nature même de notre sujet ; c'est-à-dire trois grandes divisions : grossesse, accouchement et suites de couches ; et, ce sont là nos trois grands chapitres.

Dans chacun d'eux nous envisagerons ce qui se passe à l'état physiologique, puis à l'état pathologique, en joignant à nos résultats ceux publiés par d'autres observateurs.

M. le professeur Pinard a bien voulu mettre à notre disposition cette collection unique de documents qui ont été recueillis depuis la fondation de la clinique Baudelocque. Nous ne saurions trop l'en remercier ici. Nous nous sommes borné à l'étude de cinq années (1901–1905) et nous y joignons les observations intéressantes que nous avons recueillies personnellement depuis le mois de mai 1907.

# Première Partie

## CHAPITRE PREMIER

### Pouls physiologique pendant la grossesse

---

Louge (1), dans sa thèse, s'exprime ainsi : « Tous les observateurs s'accordent à admettre que pendant la grossesse, le pouls augmente de force et de fréquence. L'explication seule varie : du temps de Galien, le cœur est obligé de battre pour deux ; au XVIII[e] siècle, l'état pléthorique est en cause ; et enfin de nos jours, l'hypertrophie cardiaque explique tout. » Et il cite à l'appui de son dire, les opinions de Galien (2), Avicenne (3), Savona-

---

1. Louge. Th. Paris, 1886. *Pouls puerpuéral physiologique*, p. 14.

2. Galien. « Prægnantium, majores, crebiores, celeriores-que pulsus sunt. Præterea nihil mutatur. In prægnantibus præter usum, mutatum priorum nihil est. Quicunque hic fit omnino increscit et augetur : Quare mulier non sibi jam soli respiret et pulset sed fœtui etiam cogatur. » *Galeni opera*, Venise, 1550, t. IV, *De Causis pulsuum*, lib. III, cap. 8, p. 97.

3. Avicennne. « Propter hoc igitur judicium virtutis mediæ et necessitatis fortis vincit et augmentatur pulsus ut sit velox

role (1) pour les anciens; Bordeu (2) au XVIII^e^ siècle; et enfin au XIX^e^ siècle, Velpeau (3), Nœgelé (4), Jacquemier (5), Ca-

---

et spissus. » *Avicennæ medicorum Arabum principis Liber canonis. Basileæ*, 1556, p. 94.

1. Savonarole. « Propter quod advertendum quod in principis impregnationis usque ad tertium mensem vel circa pulsus est magnus, velox et frequens, quia calor fœtus, calorem matricis et matris augmentat. » *Ioan-Michælis Savonarolæ. De febribus pulsibus*, etc., *Lugduni*, 1577. *De pulsu prægnantium.* Rub. V, p. 596.

2. Bordeu. *Recherches sur le pouls par rapport aux crises*, Paris, 1779, t. II, p. 29.

« Le pouls est ordinairement fréquent, assez égal et comme fiévreux dans les grossesses : il est au commencement, c'est-à-dire dans les deux ou trois premiers mois, embarrassé, variable. Il se développe à proportion que la grossesse avance, il devient plus ou moins rebondissant ou nasal. Le pouls devient ensuite irrégulier, dur, brusque et vers les derniers mois, il tient ordinairement du pouls de la matrice, c'est-à-dire qu'il est irrégulier, plein, dur et de temps en temps avec des rebondissements. »

De plus Bordeu pense que le médecin peut juger d'après son examen du bon ou du mauvais état de la grossesse.

3. Velpeau. « Le pouls pendant la grossesse d'abord embarrassé, acquiert de la fréquence, puis de la force et de la dureté ; il devient plus grand, plus plein, quelquefois inégal et comme rebondissant, brusque et fiévreux. » *Traité élémentaire de l'art des accouchements*, 1829. 1. 170.

4. Nœgelé F.-K. « Zufælle von Veranderungen in der Bereitung und in Kreislaufe des Blutes... Schwindel, Hergklopfen, Zahnweh, hæufigerer Puls. u. s. w. ». *Lehrbuch der Geburtshülfe Hebaunnen. Dritte Auflage.* Heidelberg, 1836, p. 72.

5. Jacquemier. « L'action du cœur augmente pendant la gestation. Le pouls des femmes enceintes est ordinairement plus fréquent et plus fort : les battements du cœur sont plus vifs et plus étendus. » *Manuel*, t. I, p. 209.

zeaux (1), Dubois et Pajot (2), Tarnier et Chantreuil (3), Charpentier (4).

Quelques auteurs ont voulu préciser, l'augmentation de fréquence du pouls pendant la grossesse :

Mauwsel (5) note plus de 100 pulsations, Gruber (6) en trouve entre 80 et 82. Pour Stolz (7) et Cazin (8) il n'y aurait que 8 à 10 pulsations en plus par minute.

---

1. Cazeaux. Le pouls « m'a toujours paru plus dur, plus plein et plus développé, mais voilà tout ce que j'ai pu constater ». *Traité*, p. 129.

2. Dubois et Pajot. « Les battements du cœur sont plus fréquents et plus forts, le pouls partage cette augmentation de fréquence et de force. » *Traité complet de l'art des accouchements*, 1860, t. I, 525.

3. Tarnier et Chantreuil. « Le pouls est plus dur, plus développé et souvent plus fréquent qu'à l'état normal : il est, dit Bordeu, comme fiévreux. » *Traité de l'art des accouch.*, 1882, t. I, 250.

4. Charpentier. « Quant aux artères et aux veines sous l'influence de l'activité plus grande de la circulation, ces vaisseaux éprouvent certaines modifications qui se traduisent par la fréquence, la dureté du pouls. » *Traité prat. des acc.*, 1882, I, 148.

5. Mauwsel. Rapport de la pratique obst. de l'Institut des fem. de Wellesley en 1832. *The Edimburg med. and surg. London*, oct. ; 1833. (V. *Gaz, méd. de Paris*, 1833. p. 797.)

6. Gruber. *Beobachtungen über temperature und Puls verhæltnisse bei Gebærenden. Inaug. Dissert.* Bern., 1867.

7. Stolz. « Le nombre des pulsations par minute est généralement augmenté de 8 à 10 ». *Art. Grossesse. Nouveau dict. de méd. et de Chir. pratiques*, 1873, p. 20.

8. H. Cazin. « Le nombre des pulsations dépasse le chiffre normal de 8 à 10 environ ». *Des Varices*, etc. 1880, p. 518.

Joulin (1) fixe à 65, le nombre de pulsations de la femme enceinte ; ce qui ne l'empêche pas d'admettre une activité plus grande de la circulation pendant la grossesse, car il trouve le chiffre 75 trop élevé pour la femme en dehors de la gestation.

D'après Louge (2), dont les observations ont porté sur 50 cas, la moyenne des pulsations est de 86 par minute chez la femme enceinte, alors que cette moyenne ne serait pour lui que de 72 à 75 chez une femme hors l'état de grossesse.

Ces études ont été reprises par Karl Heill (3) qui donne la moyenne suivante :

| | |
|---|---|
| Pouls au-dessous de 75 : | 60,8 0/0 |
| Pouls au-dessous de 65 : | 24,45 0/0 |
| Pouls au-dessous de 60 : | 11,45 0/0 |

Enfin H. Varnier (4) en 1899-1900, après avoir suivi 32 femmes grosses au dortoir de la Clinique Baudelocque au cours des trois derniers mois de leur grossesse, et prenant le pouls à 9 heures du matin, arrive aux conclusions suivantes :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Pouls constammment au-dessus de 75 ou avec de rares descentes au-dessous | = 26 | = 81 | 0/0 |
| Pouls à cheval sur 75 | = 4 | = 11,5 | 0/0 |
| Pouls franchement au-dessous de 75 | = 2 | = 6,25 | 0/0 |

1. Joulin. *Traité complet d'Accouchement.* Paris, 1867, p. 411.

2. Louge. *Thèse de Paris*, 1886-1887, p. 38.

3. Karl Heill. *Annales de Gynécologie et d'Obst.*, 1899, p. 31.

4. H. Varnier. *Obstétrique journalière*, p. 319.

Ajoutons pour compléter que Marty (1) et Burdach (2) ont remarqué la lenteur du pouls gravidique, celui-ci au début, celui-là à la fin de la grossesse.

Au dortoir de la Clinique Baudelocque, nous avons suivi 38 femmes pendant les trois derniers mois de leur grossesse, femmes sans tares pathologiques et ayant eu une grossesse normale. Nous sommes arrivé à des résultats à peu près identiques à ceux de Varnier :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Pouls au-dessus de 75 | = | 24 | = 68,45 0/0 |
| Pouls à cheval sur 75 | = | 10 | = 21,05 0/0 |
| Pouls au-dessous de 75 | = | 4 | = 10,5 0/0 |

*Caractères sphigmographiques.* — Nous ne parlerons que pour mémoire des caractères sphigmograhiques du pouls puerpuéral physiologique. Nous ne les avons pas étudiés personnellement car ils ont été admirablement décrits dans la thèse de Louge (3). Nous empruntons à l'article « Grossesse » du *Dictionnaire encyclopédique*, le résumé qui en a été fait par M. A. Pinard (4) :

« Les inflexions diverses qui existent dans les phases systoliques et diastoliques de la pulsation paraissent moins accusées, le sommet plus ou moins aigu a disparu, pour faire place à un plateau arrondi et légèrement descendant,

---

1. Marty. *Des accidents gravido-cardiaques.* Th. de Paris, 1876, p. 22.

2. Burdach. Art. « Grossesse », *in Encyclopédie ou dict. univ. rais. des conn. humaines*, 1773, t. XXII, p. 409.

3. Louge. *Thèse de Paris*, 1886-1887, p. 38, 39.

4. A. Pinard. *Dict. Encycl.* Art. « Grossesse », 1887, p. 45.

il existe en un mot une véritable décapitation du sommet de la pulsation dont l'amplitude se trouve par suite diminuée. Ces caractères graphiques ne se rencontrent généralement qu'à partir du septième mois de la grossesse, mais ils peuvent s'observer dès le quatrième mois et persistent jusqu'à l'abaissement du fond de l'utérus sans subir de modifications importantes. »

« Au moment de l'abaissement du fond de l'utérus, on observe généralement une diminution légère dans la fréquence du pouls et, au sphigmographe, une augmentation dans l'amplitude, un plateau horizontal et un dichrotisme plus manifeste. »

*Tension artérielle.* — La tension artérielle, comme l'ont montré Constantin Paul (1), Louge (2) et Marey (3), doit être prise non avec le sphigmographe mais avec le sphigmomanomètre, le premier traduisant avec fidélité la forme de la pulsation, le second faisant connaître l'état de la tension.

Lebedeff et Parajakow (4) en 1884, Véjas (5) en 1886, Vinay (6), Vaquez et Nobécourt (7), Sarafoff (8), arrivent

---

1. Constantin Paul. *D. et Traité. des mal. du cœur*, 1883.
2. Louge. Th. Paris, 1886-1887, p. 110.
3. Marey. *La circulation du sang*, p. 176-194.
4. Lebedeff et Parajakow. Bach's sphygmomanometer und Bluttdruch. *Centralblatt f. Gynäk*, 1884.
5. Véjas. Mittheilungen uber den Puls, etc. *Samml. Klin. Vortr.*, 1886.
6 Vinay. *Traité des maladies de la grossesse.*
7. Vaquez et Nobécourt. De la pression artérielle dans l'écl.puerpérale. S. M. des Hôpitaux, 29 janvier 1897.
8. Sarafoff. *Influence de la grossesse normale sur le cœur sain.* Th. Paris. 1898.

aux mêmes conclusions : la tension reste normale pendant la grossesse ; et même en 1898, Vaquez et Millet (1) ajoutaient que toute élévation de tension pendant la grossesse devait être considérée comme pathologique.

Les travaux plus récents de Queirel et Raynaud (2), Bouchard et Balthazard (3), Savelli (4), Vaquez (5), Chirié (6), nous amènent à considérer que la pression artérielle reste normale pendant la grossesse et que celle-ci ne peut déterminer une sorte d'hypertension physiologique qu'avaient constatée Fellner (7), Bonomi (8), Pflugbeil (9) et Schrœder (10).

Queirel et Raynaud signalent d'autre part une diminution de la tension aux approches du terme, hypotension

---

1. Vaquez et Millet. Cœur dans la grossesse. *Presse médicale*, 1898.

2. Queirel et Raynaud. « Tens. art. chez la f. enceinte. » Congrès, 1900.

3. Bouchard et Balthazard. « Le cœur à l'état normal et à la fin de la grossesse ». C. R. Acad. des Sc., 1902, 1er décembre.

4. Savelli, « Tens. art. et fr. du pouls dans la puerp. » *Th. Montpell.*, 1903.

5. Vaquez. « Tens. art. pendant grossesse et S. de C. » *Trib. méd.*, p. 213, avril 1906. « Eclamp. puerp. et tens. art. » *S. médic.*, 13 mars 1907.

6. Chirié. « Hypert. artérielle et accès éclampt. » Th. de Paris, 1907, p. 14-15.

7. Fellner. « Herz. und Schwangerschaft. » *Monats. f. Geburt*, 1901.

8. Bonomi. *Centralblatt. f. Gynæk*, 1901.

9. Feodor Pflugbeil. Th. de Leipzig, 1903.

10. Schrœder. « Ueber die Ursache der Drucksteigerung während der geburt. *Monatschr. f. Geburt.* B. 17, 1904.

qui pour Savelli serait en rapport avec un état d'anémie plus ou moins marqué, dans lequel se trouvent les femmes enceintes à la fin de leur grossesse.

Si nous cherchons quelle est la tension normale chez la femme enceinte, nous trouvons des chiffres variant suivant les auteurs, d'ailleurs dans des limites assez restreintes. Cela tient à ce que les appareils dont ils se sont servis ne sont pas les mêmes. Néanmoins la moyenne admise par Vaquez (1) et Chirié dans sa thèse, oscille entre 12 et 15. (Sphigmomanomètre de Basch-Potain.)

Chez toutes les femmes enceintes normales que nous avons examinées au dortoir de la Clinique Baudelocque, nous avons trouvé également une moyenne oscillant entre 13 et 15. (Sphigmomanomètre de Potain.)

1. Vaquez. *Semaine médicale*, 13 mars 1907.

## CHAPITRE II

# Pouls pathologique d'origine puerpuérale

### ARTICLE I

### *Albuminurie*

Dans l'albuminurie gravidique, on a été longtemps sans s'occuper du pouls, à proprement parler. Certains auteurs ont bien dit à ce propos que le pouls était presque toujours fort et vibrant. C'est qu'en effet, le seul renseignement intéressant fourni par le pouls dans ce cas est l'état de la tension artérielle. Chez les albuminuriques d'ailleurs le pouls nous a paru un peu plus fréquent. C'est ainsi que sur 11 femmes suivies par nous journellement, 4 avaient le pouls au-dessus de 70, 2 au-dessus de 80, 4 au-dessus de 90, et enfin 1 au-dessus de 100. Mais cette dernière femme présentait une scoliose très accentuée et on connaît l'influence des déformations thoraciques sur le cœur et la circulation (1). (Obs. 65 de 1908.)

1. BARIÉ. *Semaine médicale*, 2 mars 1904. Le cœur dans les déviations du rachis et dans les déformations thoraciques.

La fréquence du pouls est d'un intérêt moindre en regard de la tension artérielle, ainsi que nous allons le voir maintenant.

Ballantyne (1) en 1885, le premier, a montré que l'éclampsie s'accompagnait de modifications particulières dans les tracés sphigmographiques du pouls.

Vinay (2) indiqua que l'élévation de la pression artérielle coïncidait habituellement avec la présence de l'albumine dans les urines.

Puis vint la communication de MM. Vaquez et Nobécourt (3) sur la pression artérielle dans l'éclampsie puerpuérale. Ils concluaient que l'hypertension était un phénomène constant au cours de l'éclampsie, surtout à l'approche des crises, et que l'on pouvait tirer de ce phénomène des déductions importantes relativement au diagnostic et au pronostic de cette affection.

Depuis la question a été reprise, d'abord par MM. Queirel et Raynaud (4), et à leur instigation par Savelli (5) dans sa thèse.

Pour MM. Queirel et Raynaud, l'hypertension est liée à l'albuminurie gravidique d'une manière constante, et ils ajoutent : « Il importe toutefois de faire remarquer que si les courbes de la pression sanguine et de la quantité d'al-

---

1. Ballantyne. *Edimburgh med. J.*, p. 1007, mai 1885.
2. Vinay. *Maladies de la grossesse*, 1894.
3. Vaquez et Nobécourt. Société médicale des hôpitaux, janvier 1897.
4. Queirel et Raynaud. Rapport au Congrès de 1900. « Tens. art. dans la puerpuéralité. »
5. Savelli. Thèse de Montpellier, 1903.

bumine suivent une marche parallèle, ce rapport ne se manifeste que dans les cas où l'albumine s'élève et se maintient d'une façon persistante au-dessus de un gramme. »

Au Congrès de Médecine de 1900, M. le professeur Pinard (1), rappelle ses recherches inédites : « Sans connaître les femmes, par la simple constatation de l'hypertension artérielle, j'ai pu toujours faire le diagnostic d'albuminurie. Cette hypertension est en effet de règle chez les albuminuriques. »

Vaquez (2) montre que l'assertion de Vinay donnée sans commentaire, n'est pas exacte, attendu que « des femmes enceintes peuvent présenter de l'albuminurie sans hypertension, et elles ne sont pas menacées d'éclampsie, par contre des femmes non encore albuminuriques et qui ne le deviendront qu'au moment des accès, ont déjà une tension artérielle très élevée, et sont en instance d'éclampsie ».

Enfin Chirié (3), dans sa thèse s'exprime ainsi : « Les malades présentant une albuminurie passagère ont une tension normale ; quand l'albuminurie est persistante, la tension artérielle s'élève, se maintient en général, mais non d'une façon constante à un chiffre élevé (16-17-18). Il ny

---

1. Pinard. « Compte rendu du XIII[e] Congrès International des sciences médicales. » *Annales d'Obstetrique et de Gynécologie* août 1900). *Obstétrique* (1900). *Semaine médicale*, 1900, p. 330.

2. Vaquez. Société d'Obstétrique, 1906.

3. Chirié. Thèse de Paris, 1907. ***Hypertension artérielle et accès éclamptiques.***

a pas de rapport constant entre l'augmentation de l'albumine dans les urines, et l'élévation de la pression artérielle. ».

Chambrelent et Cathala (1) disent que dans l'albuminurie, l'hypertension artérielle est très fréquente, le pouls est presque toujours fort et vibrant. L'élévation subite de la tension entraîne souvent des hémorragies : Epistaxis, hémoptysies, hématémèses, hémorragies rétro-placentaires, hémorragies cérébrales.

Voilà ce que l'on admet actuellement. Nous avons commencé notre travail sans connaître les résultats de Vaquez et Chirié, et nous pouvons dire que nous sommes arrivé aux mêmes conclusions.

Nous avons suivi un certain nombre de femmes albuminuriques, et plus particulièrement 11 dans le dernier mois de leur grossesse. Voici leur tension moyenne avec, en regard, la quantité moyenne d'albumine :

| | Tension moyenne | Quantité moyenne d'albumine |
|---|---|---|
| 3 | 14 | Traces d'albumine |
| | 14,5 | 0 gr. 25 |
| | 14,5 | 1 gr. 50 à 2 grammes |
| 5 | 15,5 | 2 à 3 grammes |
| | 15 | Traces à 0 gr. 50 |
| | 15,5 | |
| | 15,5 | |
| | 17 | Traces d'albumine |
| 3 | 18,5 | 3 à 5 grammes |
| | 19,5 | 1 à 3 grammes |
| | 22,5 | 3 à 4 grammes |

1. Chambrelent et Cathala. *In : la Pratique des accouchements de Bar-Brindeau et Chambrelent*, t. II, p. 110.

Nous nous sommes demandé si les albuminuries sans hypertension ne correspondraient pas aux albuminuries par suppuration signalées par Wallich (1 et par son élève Thébault (2). Nous avons examiné des urines paraissant normales comme limpidité et nous avons trouvé, après centrifugation, des polynucléaires à l'examen microscopique : mais, nous devons ajouter que nous en avons également trouvé chez les albuminuriques avec hypertension et aussi dans les urines des deux éclamptiques dont nous rappportons plus loin l'observation. Peut-être y a-t-il coexistence des deux albuminuries, l'une due à l'hépato toxhémie et l'autre à la suppuration ? ou bien, la première favorise-t-elle la seconde, en mettant l'organisme en état de moindre résistance ? Ce ne sont là qu'hypothèses.

En tout cas, il est un fait certain, et nos observations sont probantes à ce sujet, il n'y a pas de rapport constant entre l'augmentation de l'albumine dans les urines, et l'élévation de la pression artérielle.

Chez les albuminuriques que nous avons suivies au dortoir, ayant présenté une hypertension légère, ou même n'ayant eu qu'une hypertension passagère, chez ces femmes nous en avons trouvé quelques-unes ayant de la céphalée depuis plus ou moins longtemps, d'autres uniquement de l'œdème, ou des vertiges, des douleurs épigastri-

---

1. Wallich. *Presse médicale*, 1906, n° 2. Communication. Académie de Médecine, 4 juin 1907.

2. Thébault. Thèse de Paris. *Albuminuries par suppuration dans la puerpéralité*, 1907.

ques, quelques-unes des épistaxis ; mais toutes avaient ce caractère commun : le placenta présentait des foyers hémorragiques anciens ou récents, lésion bien due à une élévation de la tension artérielle, car celles qui avaient une tension normale ne présentaient pas d'altération placentaire. (Obs. 1283-1296-1585 de 1907 et 65 de 1908.)

L'élévation de la tension artérielle peut faire craindre deux choses chez les albuminuriques : les hémorragies intra et rétro-placentaires et les accès dits éclamptiques.

Mais avant d'aborder ces deux questions, disons de suite que l'on observe des hémorragies rétro-placentaires chez des femmes qui n'ont jamais eu d'albuminurie, de même on voit des femmes présenter des accès convulsifs sans jamais avoir eu d'albumine dans les urines auparavant.

Nous n'avons pas eu l'occasion de nous trouver en présence de ces cas. Nous rapportons cependant des observations de femmes rentrant dans ce groupe, mais nous regrettons que la tension artérielle n'y soit pas signalée.

Nous avons suivi au dortoir de la Clinique Baudelocque, une femme admise pour albuminurie (1). Depuis quelques jours elle présentait les symptômes suivants : Céphalée, insomnie, vertiges, douleurs épigastriques, troubles visuels, agitation. La tension artérielle oscillait entre 18,5 et 19,5.

Aussitôt on institue le traitement employé à la clinique : Purgatif drastique, grande irrigation rectale, chloral, régime hydrique et lacté, enveloppements de flanelle.

---

1. Obs. 1997 de 1907.

Dans la journée : épistaxis abondante, le soir la malade se trouve mieux. Le lendemain, la tension diminue, mais reste encore au-dessus de la normale. Le 14 décembre : tension normale, plus d'albumine. Nous lui conseillons cependant de continuer le régime lacté. Le lendemain, 15 novembre ; tension artérielle : 16. Le soir à notre insu on lui permet de manger. Le 16, avant toute ingestion d'aliment, la tension est encore à 16. A midi et le soir, elle mange comme tout le monde. Et ce n'est que le lendemain après avoir connu la tension artérielle (20 c.) qu'elle nous dit avoir mangé. A part cette hypertension, une céphalée légère et la réapparition de l'albumine (0,25), elle ne présente aucun autre signe. On lui donne immédiatement un purgatif drastique, et elle reprend le régime lacté. Le 19, la tension diminue et le 20 elle entre en travail. Accouchement normal. L'hypertension laisse ses traces au niveau du placenta, où l'on trouve des foyers hémorragiques anciens et récents. Les suites sont apyrétiques. L'albuminurie disparaît presque complètement le 25 décembre, et la tension est revenue à la normale.

Cette femme a donc été un certain temps en imminence d'accès convulsifs.

Afin d'éviter des redites, nous voulons, malgré le plan que nous nous sommes imposé, achever le chapitre de l'albuminurie en disant comment se comporte le pouls chez ces femmes, pendant et après l'accouchement ; femmes ne présentant uniquement que de l'albuminurie.

Pendant le travail et l'accouchement, la tension artérielle

se comporte comme chez les femmes où tout doit s'accomplir normalement. (Voir chapitre : Pouls physiologique pendant l'accouchement.) Le pouls nous a paru un peu plus fréquent, ainsi que dans le *post-partum*.

Pendant les suites de couches, l'état de la tension artérielle diffère de chez la femme normale, et ne se comporte pas toujours de la même façon.

Chez les unes, la tension revient à la normale aussitôt après la délivrance, l'albumine disparaissant, quatre, six, huit jours après.

Chez d'autres, l'albuminurie et l'hypertension disparaissent presque en même temps, vers le cinquième ou sixième jour, celle-ci précédant celle-là.

Enfin dans un troisième groupe, nous voyons l'albuminurie disparaître et l'hypertension, légère il est vrai (16, 17, parfois 18) persister (observations 1332, 1609, 1635 de 1907). Ces femmes ont quitté la clinique, vers le neuvième jour après leur accouchement. Nous ignorons ce qu'elles sont devenues. Peut-être sont-elles allées plus tard, dans un service de médecine, faire leurs accès éclamptiques, comme la malade dont M. Vaquez rapporte l'observation (1).

## Article II

### *Accès dits éclamptiques*

Une albuminurie avec hypertension non traitée, aboutit presque fatalement aux crises convulsives, mais il peut

1. Société d'Obst.. Séance du 15 février 1906

se faire, comme nous l'avons déjà dit, qu'une femme ait des crises convulsives, sans avoir jamais présenté d'albumine dans les urines. C'est chez ces femmes qu'il est utile de connaître la tension artérielle.

C'est Ballantyne (1) le premier, qui signale dans les crises « une haute tension démontrée par le plateau et les crochets dans la descente » sphigmographe et une fréquence plus grande du pouls. « Entre les attaques, la tension tombe et le pouls devient plus lent. »

Au contraire Stumpft (2) signale un abaissement de tension, et une fréquence du pouls qui devenant de plus en plus grande doit faire craindre une nouvelle crise.

En 1894, Vinay (3) insiste sur la haute tension artérielle chez les éclamptiques.

C'est surtout la communication de Vaquez et de Nobécourt (4) qui fait époque, et range l'hypertension, comme signe de grande valeur, faisant prévoir l'éclampsie.

Depuis cette communication à la Société médicale des Hôpitaux, de nombreux travaux ont été publiés tant en France qu'à l'étranger, et on peut dire que tous n'ont fait que confirmer les conclusions de Vaquez et Nobécourt Sarafoff (5), Wiessner (6), Queirel et Raynaud, M. le pro

---

1. Ballantyne. *Edimburgh med.*, S., 1007, mai 1885.
2. Stumpft. *Verhandl. d. deutsch. gesellsch. für Gynækol. München*, 1886, p. 161.
3. Vinay. *Maladies de la grossesse*, 1894.
4. Vaquez et Nobécourt. S. méd. des Hôpitaux, janvier 1897. Hyp. art. dans l'éclampsie.
5. Sarafoff. Thèse de Paris, 1897-1898.
6. Wiessner. *In Central. f. Gynæk.*, 4 nov. 1899, p, 1335.

fesseur Pinard (1), Krœnig (2), Zweifel (3), en s'entourant des précautions indispensables à de pareilles recherches, sont arrivés à des conclusions identiques. Seul Schrœder (4), au Congrès de Giessen (1901), a prétendu n'avoir pas constaté d'hypertension dans les états éclamptiques. Pour lui la tension artérielle serait plutôt abaissée. Et, comme le fait judicieusement remarquer Vaquez « il n'a apporté aucun fait démonstratif à l'appui de cette assertion, et comme, d'autre part, nous ignorons complètement les procédés d'observation qu'il a employés, il nous paraît difficile de discuter son affirmation, aussi bien que d'en faire état contre les constatations contraires et concordantes des auteurs précités. »

Pâl (5) considère l'hypertension artérielle comme le symptôme constant de l'éclampsie. Actuellement la notion d'hypertension est admise par tous les accoucheurs, et on la trouve signalée dans tous les traités classiques.

Hypertension artérielle et éclampsie, ces deux expressions doivent être associées : les différents moyens d'investigation le prouvent ; sphigmomanométrie, accentuation très manifeste du deuxième bruit aortique, augmentation de la matité précordiale, portant presque exclusivement sur le

---

1. Queirel et Raynaud, Pinard. Congrès de médecine de 1900.

2. Krœnig. *Central. Bl. f. Gynæk*, 1er oct. 1904.

3. Zweifel. *Arch. f. Gynæk.*, 1904, LXXII.

4. Schrœder. *Verhandlung der G. Versammlung der deutschen Gesellschafft für Gynækologie.* Giessen, 1901.

5. Pal. *Gefæsskrisen.* Leipzig, 1905, p. 242 et *Semaine médicale*, 1905, p. 414.

ventricule gauche, au début du moins. Le palper de l'artère radiale peut induire en erreur, témoin ce fait rapporté par M. Vaquez (1) : Une malade de son service vient d'avoir des crises convulsives ; elle est signalée comme présentant une tension normale : au simple palper, on pouvait le croire, mais avec la sphigmomanométrie, on trouvait une tension égale à 23 centimètres de mercure.

L'hypertension artérielle est le phénomène qui accompagne le plus constamment l'éclampsie, à tel point que son absence peut faire mettre en doute le diagnostic de l'affection. L'observation de Gaillard 2) en est une preuve manifeste. Et du fait même que cette même hypertension évolue d'ordinaire parallèlement à l'éclampsie, il en résulte qu'elle en règle aussi le pronostic. (Vaquez.

Nous aurions voulu apporter des observations complètes de femmes éclamptiques, c'est-à-dire de femmes observées pendant un certain temps avant les crises convulsives. Cependant certaines de nos observations sont assez probantes.

Chez une femme (observation, n° 1289 de 1907), la tension artérielle est de 21,5 après la délivrance. Trois heures après, accès convulsif. Ce cas prouve bien que l'hypertension précède les crises convulsives de l'éclampsie et n'est pas, comme certains l'ont prétendu, secondaire à ces crises convulsives.

De même l'observation de Sarafoff : Une femme entre à

---

1. Vaquez. *Semaine médicale*, n° 11, 13 mars 1907.

2. Gaillard. Eclampsie sans crises convulsives. *Tribune médicale*, 5 octobre 1907.

la maternité avec une pression artérielle de 25. Elle accouche le lendemain, et aussitôt après, est prise d'éclampsie, laquelle aboutit rapidement au coma.

Enfin, ajoutons l'observation de M. Vaquez (1) : « Une femme arrive le 25 mai 1905 dans notre service, se plaignant de céphalée violente, avec douleurs lombaires et troubles de la vue. Elle a accouché normalement un mois auparavant chez une sage-femme de la ville, après avoir été examinée à la maternité de Saint-Antoine où aucun symptôme pathologique n'avait été relevé. A son entrée dans nos salles, on constate une tension de 24 centimètres, le pouls est dur et tendu, le deuxième bruit aortique présente un éclat clangoreux des plus nets. Les urines renferment 0 gr. 25 d'albumine. Malgré la date déjà éloignée de l'accouchement, et tout en faisant remarquer qu'au cours d'une grossesse une pareille hypertension rendrait vraisemblable l'imminence de l'éclampsie, nous n'en réservons pas moins le pronostic. L'éclampsie éclate dans la nuit même, sous forme de crises convulsives violentes et presque subintrantes, puisque en trente-six heures, elles se répétèrent vingt et une fois. A une phase d'anurie succéda une albuminurie massive (62 gr. par litre), laquelle disparut d'ailleurs en quelques jours, avec la cessation des crises convulsives et le retour à la normale de la pression artérielle qui, le quatrième jour, ne mesurait que 15 centimètres. »

---

1. Société d'Obstétrique. Séance du 15 février 1906.

L'hypertension précède donc la crise. De combien de temps? on ne le sait. Mais c'est dans la période d'imminence des accès qu'elle atteint son degré le plus élevé. M. Vaquez a constaté alors des augmentations de pression qui n'étaient pas moindre de 12 à 14 centimètres au-dessus de la normale ; dans un cas il a noté le chiffre de 27 centimètres et fréquemment celui de 23 à 25. « (1) Lorsque de pareils écarts sont relevés, on peut à coup sûr prédire l'apparition prochaine des accès convulsifs, ou leur réapparition s'ils se sont déjà manifestés. Plus exceptionnellement cependant, l'éclampsie pourra revêtir une forme atténuée : cécité tétanie, manie, etc. Il ne faut pas croire qu'inversement une hypertension plus modérée mette à l'abri des manifestations graves de l'éclampsie. Nous les avons vu apparaître avec une tension artérielle de 18 à 19 centimètres ; au cours de l'éclampsie déjà confirmée, notamment, les accès peuvent encore se reproduire, mais ils vont d'ordinaire alors en s'atténuant jusqu'aux confins de la pression normale (de 13 à 15). C'est ce que nous avons exprimé en disant qu'au cours de l'éclampsie, on ne peut être assuré de la disparition complète et définitive des accès convulsifs qu'après le retour de la tension à son chiffre normal. ».

L'hypertension avons-nous dit, règle le pronostic des éclamptiques. L'évolution des manifestations est donc liée à celle de l'hypertension.

Nous ne pouvons que citer l'opinion de M. Vaquez, d'abord à cause de son autorité en cette matière, et aussi parce que nos quelques observations ne concordent qu'avec

---

1. Vaquez. *Semaine médicale*, 13 mars 1907.

certaines de ses conclusions, nous ne disons pas toutes, car nous ne nous sommes trouvé qu'en présence de cas dont l'issue fut favorable.

L'évolution de l'hypertension peut revêtir plusieurs types différents. « (1) Dans des cas très habituels et qui souvent aboutissent à la mort, la pression atteint, dès le début, les chiffres de 23 à 24 centimètres. Quelques crises convulsives surviennent et, après celles-ci, la pression se maintient au même chiffre, ou s'abaisse à peine de quelques centimètres. Au bout d'un temps variable, les crises se répètent, précédées ou non d'une surélévation paroxystique de la tension artérielle qui peut, dans le premier cas, remonter à son chiffre initial (23 ou 24 cent.) ou, dans le second, se maintenir en plateau d'hypertension moyenne (19 ou 20). Toutefois dans cette forme, qu'il s'agisse d'hypertension modérée, mais persistante, ou bien de bouffées hypertensives paroxystiques, suivies de dépression momentanée, on ne constate jamais cet abaissement progressif et continu, symptomatique des cas curables que nous allons étudier tout à l'heure. Le plus souvent alors la mort survient au cours des accès convulsifs ou dans le coma qui les suit, avec les phénomènes cyaniques si habituels dans les formes graves. »

« L'hypertension ne règle pas seulement le pronostic immédiat de l'éclampsie, elle peut encore en justifier les conséquences lointaines qui paraîtraient inattendues si l'on ne savait que la persistance de ce symptôme, grave par lui-même, alors que les crises convulsives ne se sont plus

---

1. Vaquez. *Semaine médicale*, 13 mars 1907.

reproduites, est capable de légitimer toutes les craintes. »

« L'histoire de deux malades observées par nous en ville, va nous en fournir la preuve. Dans un premier cas, il s'agissait d'une femme qui, ayant accouché un mois auparavant au millieu de crises éclamptiques, avait semblé guérir pour ne conserver qu'une céphalée persistante avec agitation maniaque. La tension artérielle était restée élevée (23 cent.), et peu de jours après notre examen, la patiente succombait en état de délire, après avoir présenté quelques accès convulsifs terminaux. Une autre malade, qui n'avait eu que des menaces d'éclampsie, avec céphalée, troubles de la vue, albumine dans l'urine, avait cependant conservé une élévation anormale de la pression. Trois semaines après, elle mourait subitement d'hémorragie cérébrale ou méningée très probablement, n'ayant accusé dans les jours précédents qu'une recrudescence de la céphalée. »

« Ces deux cas confirment ce que nous avons dit précédemment. Ils prouvent bien que l'hypertension artérielle n'est pas sous la dépendance des crises convulsives, et que, autant que ces dernières, elle constitue la clef du pronostic de l'hypertension.

« Lorsque l'évolution de l'affection est favorable, les données fournies par la mesure de la pression sont toutes différentes. Celle-ci d'abord élevée au moment des attaques convulsives, retombe rapidement dans leur intervalle à 18 ou 19 centimètres, par exemple, pour remonter peut-être encore, mais transitoirement, avec de nouvelles crises, ou se maintenir au chiffre précédent, puis elle revient

progressivement à 15 ou 16 centimètres ; et à ce moment, mais à ce moment seulement, on peut être sûr que l'éclampsie est conjurée. A titre d'exemple typique, nous rappellerons l'histoire de la malade observée par nous à Saint-Antoine en 1905. Arrivée à l'hôpital, le 25 mai, avec une pression de 24 centimètres, elle reste à ce chiffre jusqu'au lendemain soir, où les crises convulsives se déclarent. Le 27, après seize crises, la tension est à 20 ; cinq nouveaux accès se produisent, mais le 28, symptôme d'excellent augure, elle n'est plus qu'à 17 centimètres. La malade est dans un état d'obnubilation complète, mais il n'y a plus de crises. Du 29 au 31, le chiffre de la tension retombe progressivement à 15 et 16 centimétres et la malade guérit. »

Queirel (1) cite l'observation d'une femme ayant eu des accès convulsifs. Elle a eu plusieurs crises, et, peu de temps après, la tension artérielle est de 11-12 (appareil de Verdin). Il porte un bon pronostic, vérifié d'ailleurs par la suite des événements.

Enfin, à l'appui de ces faits, nous pouvons joindre deux observations personnelles.

Chez la première femme (déjà citée plus haut obs. 1289 de 1907), la tension artérielle est égale à 21 cent. 5 de mercure, après la délivrance. Trois heures après : accès convulsif. Aussitôt après, la tension artérielle monte à 23.

Pendant une heure, nous prenons la tension toutes les cinq minutes. Elle diminue d'abord, puis au bout d'une demi-heure, elle augmente de nouveau. La femme s'agite ;

1. Queirel. « De l'éclampsie. » *Revue pratique d'Obst. et de Péd.*, p. 228, août 1907.

on lui fait respirer du chloroforme et on lui donne du chloral. La tension reste stationnaire pendant quinze minutes puis diminue. Toute la nuit, nous suivons cette femme et prenons sa tension toutes les heures. Celle-ci a été en diminuant progressivement, et la femme n'a plus présenté d'accès convulsifs. Elle est sortie guérie.

La seconde femme (obs. 1331 de 1907), est amenée dans le coma éclamptique à la Clinique Baudelocque le 21 août à 5 h. 30. Sa tension artérielle est égale à 24 cent. A 10 heures du soir, la tension est toujours à 24. Une demi-heure après : accès convulsif. La femme a trente-cinq crises dans la nuit. Le matin, elle accouche spontanément, et après la tension artérielle est de 19,5. La femme est toujours dans le coma. Il n'y a pas d'urines dans la vessie. Le soir à 3 heures, la tension est égale à 20 cent. On recueille 60 grammes d'urine par cathétérisme. A partir de ce moment, la tension diminue, et la femme sort guérie, avec une tension artérielle encore égale à 16 centimètres de mercure.

On voit donc par là, toute l'importance de l'examen de la tension artérielle ; et, étant données les déductions pronostiques que l'on en peut tirer, on devrait chez toute femme enceinte rechercher non seulement l'albumine, mais l'état de la tension artérielle ; car comme le dit et le prouve M. Vaquez : (1) « On a vu des crises convulsives apparaître chez des femmes qui n'avaient pas encore d'albumine dans l'urine, nous prétendons qu'on n'en pourra pas voir chez des femmes dont la pression arté-

---

1. Vaquez. *Semaine médicale*, 13 mars 1907.

rielle se sera jusque-là maintenue dans ses limites normales. C'est le sphigmomanomètre à la main qu'on saura le plus sûrement prévoir l'éclampsie et en fixer le pronostic. »

« Il peut arriver qu'une femme qui a présenté des crises convulsives, meure alors que la pression est revenue à la normale : cela signifie bien que l'accès éclamptique est terminé, mais nullement que la malade est à l'abri d'une issue fatale, s'il s'est produit au cours des accidents antérieurs, quelque lésion irrémédiable, hémorragie cérébrale ou méningée, conséquences mortelles par elles seules d'une éclampsie cependant éteinte. »

Ajoutons pour terminer, que pendant et surtout après les accès convulsifs, le pouls est précipité, comme après tout effort, et pendant quelques instants, il bat au-dessus de 100, atteint, 120, 130, parfois 140, et ce n'est guère que douze heures après la crise qu'il tend à reprendre sa fréquence normale. D ailleurs la fréquence du pouls n'offre qu'un intérêt secondaire au cours de l'état dit éclamptique.

## Article III

### *Vomissements dits incoercibles*

Les vomissements dits incoercibles étaient connus des anciens ; mais jusqu'à l'époque des publications de Dubois (1848) et surtout jusqu'à la discussion à l'Académie de

Médecine en 1852, on ne trouve rien de précis sur la question qui nous occupe.

A Dubois revient le mérite d'avoir montré l'importance de l'accélération du pouls dans les vomissements incoercibles.

Dubois, à la suite de Chomel, divise les vomissements incoercibles en trois périodes.

Au début tous les auteurs signalent l'amaigrissement causé par la dénutrition consécutive aux vomissements. Quant au pouls, il n'en est pas question, et cependant il présente des caractères d'une importance capitale. Il doit être interrogé chaque jour avec le plus grand soin, car ses modifications sont les premières à apparaître. Les vomissements prennent-ils un certain degré de gravité, le pouls devient petit, pour finir par être filiforme. Mais aussi il présente un autre caractère bien plus important, c'est sa fréquence. Il atteint 100 pulsations à la minute, il peut dépasser ce chiffre d'une façon continue et permanente. La malade est dans la période fébrile de Dubois. Période fébrile ! parfois la température s'éléverait bien jnsqu'à 38 degrés, quoique M. le professeur Pinard ne l'ait jamais observé. Mais à l'époque de Dubois, on semblait ignorer le thermomètre ; et accélération du pouls était synonyme de fièvre.

L'affection continue à évoluer, bientôt le pouls atteint 120, 130, 140 et plus. Les vomissements cessent. Calme trompeur. L'issue fatale est proche.

Comment se comporte la tension artérielle dans les vomissements incoercibles ? Lorsque le pouls s'accélère, la tension artérielle diminue.

En somme, tension artérielle et fréquence du pouls peuvent venir en aide pour fixer le pronostic.

Savelli (1), dans sa thèse, rapporte deux observations de vomissements incoercibles. Dans l'une il s'agit d'une femme qui était à la période terminale, où l'intervention chirurgicale n'a plus de résultat certain. Le sphigmomètre de Verdin marquait 9 centimètres. La malade meurt. Pour lui cette hypotension accompagnée d'une tachycardie extrême, doit presque toujours faire porter un pronostic sombre *quoad vitam*.

Chez sa seconde malade, sous l'influence du traitement médical, la tension se relève. La malade sort guérie.

Nous n'avons pu suivre l'état de la tension artérielle que chez deux femmes présentant des vomissements incoercibles.

Chez la première (obs. 1327 de 1907) on voit la tension artérielle diminuer en même temps que le pouls s'accélère. On interrompt la grossesse (grossesse molaire). La tension ensuite se relève, quoique la pouls ne diminue de fréquence que dix jours après l'intervention.

Chez la seconde (obs. personnelle), la tension augmente peu à peu, pour se maintenir à un chiffre normal. Le régime lacté seul a suffi à faire cesser les vomissements.

Enfin c'est surtout la fréquence du pouls qui fait poser des indications thérapeutiques. Cazeaux (2) dans son

---

1. Savelli. Th. de Montpellier, 1903-1904.

2. Cazeaux. *Traité des accouchements*, 6e édition, 1858, p. 273.

*Traité des accouchements* et cela malgré l'opinion de Dubois qui recommandait d'intervenir dans la période fébrile, Cazeaux, dis-je, s'exprime ainsi :

« L'impossibilité de fixer rationnellement le moment opportun pour provoquer l'avortement, reste donc tout entière. Or, tant que dans un cas déterminé on ne pourra se dire :

« La malade offre un ensemble de symptômes qui, abandonnés à eux-mêmes, doivent, suivant toutes les probabilités, se terminer par la mort, et, ces symptômes existants, il est probable que l'avortement provoqué les fera cesser, et permettra à la femme de se rétablir. Je pense que cette opération doit être rejetée comme irrationnelle. »

M. le professeur Pinard, dans son rapport au Congrès de Rome (1902) sur les indications médicales à la provocation à l'accouchement, donne sa ligne de conduite dans les vomissements incoercibles :

« Je ne me préoccupe ni de la perte de poids, ni de l'intensité des vomissements. Ce que j'observe avec le plus grand soin c'est le pouls.

« D'après de nombreuses observations j'ai été amené à conclure que, dès que chez une femme atteinte de vomissements incoercibles, ou mieux toxiques, *l'accélération du pouls est tel que le nombre des pulsations par minute s'élève à plus de 100*, il faut de suite interrompre la grossesse.

« Si l'on attend, cette intervention deviendra inutile, car la mort surviendra quand même, causée par l'empoisonnement du système nerveux. »

Les indications thérapeutiques sont donc très nettes. Et voici les résultats obtenus à la clinique Baudelocque :

Nous rapportons 9 observations : dont 2 guérisons sous l'influence du traitement médical, 7 interruptions de grossesse, à la suite desquelles on observe : 5 guérisons complètes, 1 guérison avec névrite périphérique tardive, et 1 mort, mais cette mort (observ. 1381 *bis* de 1904) était due à une pneumonie contractée deux jours après l'intervention.

Lors d'interruption de la grossesse, la fréquence du pouls, ainsi que le montrent nos observations, se maintient assez grande pendant un temps plus ou moins long, suivant le degré d'intoxication.

## Article IV

### *Hémorragies de la grossesse*

Les hémorragies pendant la grossesse sont assez fréquentes et reconnaissent des causes multiples, mais il en est deux plus communes, l'endométrite hémorragique et surtout le placenta inséré sur le segment inférieur. Ce sont là aussi les deux facteurs souvent incriminés soit dans l'avortement, soit dans l'accouchement prématuré.

Longtemps on a ignoré les causes de ces hémorragies. Aussi la thérapeutique s'en est-elle ressentie, car on ne pouvait formuler des indications précises. Churchill (1), dans son traité d'accouchement, a réuni 174 cas, 48 femmes

---

1. Churchill. *Traité des maladies des femmes*, 1881.

moururent, ce qui donne une moyenne de 1 sur 3. Simpson écrivait : « Le pronostic dans les cas d'hémorragie par insertion vicieuse est aussi grave que dans la fièvre jaune, et 1 femme sur 3 succombe. »

Lorsqu'autrefois les médecins étaient appelés auprès de femmes atteintes de métrorragies, leur premier souci était de demander si la femme avait beaucoup perdu de sang. Nous croyons qu'il vaut mieux demander les linges qui ont recueilli le sang perdu, car on s'exposerait ainsi à croire sur parole un entourage prompt à s'effrayer et à exagérer.

Toute perte sanguine venant de l'utérus se caractérise soit par son abondance et alors la situation peut devenir immédiatement grave, soit par sa continuité ou sa répétition : dans ce cas les modifications éprouvées par l'organisme ne se manifestent pas d'une façon aussi éclatante ; elles peuvent même passer inaperçues, si elles ne sont pas recherchées.

Le plus souvent pendant la grossesse, l'hémorragie se produit sans cause apparente et sans douleur. La femme est en bonne santé. Parfois l'hémorragie survient la nuit pendant le sommeil. Mais dans ce dernier cas peut-être faut-il suspecter un traumatisme conjugal,

Au bout de quelques heures, parfois de quelques jours, l'écoulement s'arrête complètement. Mais les récidives sont fréquentes. Après quelques semaines, il se produit une deuxième hémorragie un peu plus abondante que la première, puis une troisième. Les hémorragies se rapprochent. Il persiste un suintement continu. La femme se trouve bientôt dans un état d'anémie grave, et il se peut qu'arri-

vée à ce degré, elle succombe à la suite d'une perte peu abondante.

Aussi le premier soin en présence d'une hémorragie, c'est de prendre le pouls, car là encore, c'est lui qui va fixer le pronostic et la thérapeutique. C'est lui qui trace la ligne de conduite, c'est le seul guide et on ne doit suivre que ses ordres.

Si la perte de sang est légère, on constate une élévation du pouls de 5 à 10 pulsations ; si l'hémorragie est plus abondante, l'accélération est plus manifeste et le pouls s'élève de 15 à 20 pulsations à la minute. Pendant quelques jours cette élévation persiste et disparaît peu après l'hémorragie (1).

La tension artérielle se comporte différemment suivant le cas. Dans un premier cas, il y a hémorragie grave, la tension artérielle s'abaisse presque brusquement, de 2 à 3 centimètres de Hg, parfois plus, et se maintient ainsi quelque temps pour remonter progressivement à la normale.

Dans les cas d'hémorragies fréquentes, mais peu abondantes, autrement dit, dans les cas de suintement continu, la tension artérielle descend progressivement, en même temps que s'aggrave l'état de la femme.

On peut dire pour résumer que la tension artérielle diminue pendant que le pouls s'accélère.

Tant que le pouls d'une femme atteinte de métrorragie, est lent, bien frappé, on peut être tranquille : la femme peut perdre du sang, il n'y a pas péril en la demeure. S'il vient à augmenter de fréquence, passer de 75 ou 80

1. *In* Thèse Armanet. Paris, 1907.

pulsations à 90 ou 95 à la minute, alors il faut se méfier et se tenir prêt à intervenir. Lorsque le pouls dépasse 100 pulsations, l'intervention devient nécessaire. Cette dernière règle de conduite est formelle, et suivie rigoureusement, elle permet au médecin d'agir à temps, de sauver souvent la vie de l'enfant menacée et toujours ou presque toujours celle de la mère.

D'ailleurs, voici les termes du rapport de M. le professeur Pinard au Congrès de Rome en 1902 : « Je considère que la constatation simple d'une grande quantité de sang perdu, tout en ayant de l'importance, n'est pas suffisante pour constituer une indication d'interrompre la grossesse. La décoloration des téguments, les tintements d'oreilles, les tendances syncopales, bien que présentant un caractère alarmant, ne constituent l'indication opératoire que quand, dans ce cortège symptomatique, apparaît d'une façon permanente une *accélération du pouls* assez accusée, pour que le nombre des pulsations soit constamment au-dessus de 100.

« Pour moi, quelle que soit l'abondance apparente de l'hémorragie, quelle que soit sa durée, je considère que l'indication de l'interruption de la grossesse n'existe pas tant que le nombre des pulsations reste au-dessous de 100.

« *Elle existe, d'une façon nette, précise et urgente quand, d'une façon permanente le pouls bat plus de cent fois par minute.* C'est là le précepte que j'enseigne et que je mets en pratique depuis fort longtemps déjà. » (1)

---

1. A. Pinard. *Indications médicales à la provocation à l'accouchement*, Paris. Steihenil, 1902, p. 23.

Donc en présence d'une hémorragie d'abord consulter le pouls. Celui-ci est-il au-dessous de 100 : on devra prescrire le repos absolu au lit et les injections fréquentes d'eau bouillie à 50 degrés

Si le pouls devient plus fréquent et se maintient constamment au-dessous de 100, il ne faut pas hésiter : interrompre la grossesse.

C'est la règle suivie à la Clinique Baudelocque.

Nous rapportons six observations (1), ou d'interruption de grossesse ou d'accouchement provoqué pour hémorragie. Trois sont dues à l'insertion vicieuse du placenta, trois à l'endométrite hémorragique. Quatre avaient été suivies pendant quelque temps au dortoir de la Clinique, les deux autres étaient arrivées exsangues, dans un état alarmant. Ces six femmes sont sorties guéries.

A la suite de ces six observations, nous en rapportons trente concernant des femmes ayant eu des hémorragies pendant la grossesse, hémorragies qui ont cédé au repos et aux injections chaudes à 50 degrés et qui n'ont présenté un caractère alarmant qu'au moment du travail.

Toutes ont guéri, sauf une, morte de péritonite le trentième jour (Obs. 904 de 1905.) Nous sommes donc bien loin de la statistique de Churchill et de Simpson.

### Article V

### *Anémie pernicieuse des femmes enceintes*

Il nous resterait à parler des caractères du pouls dans

1. Obs. n$^{os}$ 671, 1126 de 1901 ; 1636 de 1902 ; 1003, 2147 de 1903 ; 536 de 1904.

l'anémie pernicieuse des femmes enceintes. Il ne nous a pas été donné d'en observer un seul cas depuis le moment où nous sommes à la Clinique Baudelocque. Ce serait donc une affection très rare. Elle est d'ailleurs niée par nombre d'auteurs, et en particulier par notre maître, M. professeur Pinard, qui n'en a jamais vu un seul cas depuis le début de sa carrière.

# Deuxième Partie

## POULS PENDANT L'ACCOUCHEMENT

### CHAPITRE PREMIER

### Pouls physiologique

A la fin du XVIIIe siècle, Baudelocque (1) et les anciens accoucheurs ne s'occupent du pouls que pour y trouver les indications d'une saignée. Mais ceux qui, à cette époque et depuis se sont occupés de l'étude du pouls pendant le travail, comme Levret (2), Velpeau (3), Dezormeaux (4),

1. Baudelocque. *Principes sur l'art des Accouch.* Paris, 1787, p. 207.

2. Levret. « Le pouls qui, jusqu'à ce moment, s'était peu éloigné de l'état naturel commence à s'élever. » *L'Art des Accouch.*, 1776, p. 87.

3. Velpeau. « La vitesse, la fréquence, la dureté du pouls augmentent. » *Traité de l'art des accouchements.* Paris, 1829. I, p. 424.

4. Dezormeaux et P. Dubois. « Pendant ces douleurs le pouls devient dur, fréquent, élevé. » *Dict. en 30 Vol.* Art. Accouchement, 1832, p. 334.

Guillemeau (1), Dubois (2), Jacquemier (3), Depaul (4), Churchill et Leblond (5), Tarnier et Chantreuil (6), tous ces auteurs reconnaissent que pendant les douleurs de l'accouchement, le pouls augmente notablement de fréquence. Mais cet accord cesse quand il s'agit de fixer le nombre des pulsations.

Hohl, Mauer (7), Martin (8), notent 82 pulsations par minute au moment de la contraction utérine ; Quinquaud (9), 76 ; Lefort (10) admet une augmentation de 8 à

---

1. Guillemeau. « La circulation est accélérée, le pouls est plus fréquent, plus plein et plus élevé qu'à l'ordinaire. » *Dict. des études médic. pratiq.*, 1838. Art. Accouchement, p. 105.

2. Dubois. « Le pouls est fort et fréquent. » Des phénomènes de l'accouchement. *Gaz. des Hôpit.*, 1841, p. 395.

3. Jacquemier. « Pendant la douleur, le pouls devient plus fréquent, plus dur. » *Manuel des accouchements et des femmes grosses*, 1846, t. I, p. 538.

4. Depaul. « La circulation maternelle s'accélère un peu dès le début de la contraction et jusqu'à ce qu'elle ait atteint son plus haut degré, elle décroît ensuite avec elle et ne tarde pas à reprendre son rythme ordinaire. » *Dict. encycl. des Sc. méd.*, 1865. Art. Accouchement.

5. Churchill et Leblond. « Pendant la deuxième période d'un accouchement, le pouls, très variable suivant les individus, devient beaucoup plus fréquent. » *Mal. des femmes*, 1881, p. 827.

6. Tarnier et Chantreuil. *Traité de l'Art des Accouch.*, 1882, I, p. 594.

7. Mauer. Ueber die Wæhrend der Geburtswehen Regelmæssig steigende und fallende Pulzfrequenz. *Arch. f. phys. Heilkunde*, 13e année, p. 376.

8. Martin. Ueber die mit jeder Geburtswehe steigende und fallende Pulzfrequenz. *Ibid. Archiv.*, p. 369.

9. Quinquaud. *Essai sur le puerpuérisme infectieux chez la femme et le nouveau-né.* Th. de Paris, 1872, p. 19.

10. Lefort. *Etudes cliniques sur la température et le*

20 ; Siredey (1) note une accélération qui s'élève à 70, 75, parfois 90, 100 pulsations.

Chailly (2) et Marty signalent un ralentissement du pouls au début du travail qui persisterait parfois pendant les douleurs pour Burdach (3).

Pour Louge (4) le pouls se comporte ainsi pendant le travail : « Pendant chaque douleur, le pouls s'accélère en moyenne de 5 à 6 pulsations par minute. Pendant les contractions utérines énergiques, le pouls augmente de 15 à 20 pulsations par minute et sa fréquence croît et décroît avec l'intensité de la contraction. J'ai noté par exemple la fréquence suivante de 5 en 5 secondes pendant une contraction ayant duré une minute : 7, 8, 9, 8, 8, 8, 8, 8, 8, 7, 7, 6.

« Dans l'intervalle des contractions le pouls est généralement lent, de 70 à 80, bien frappé.

« La rupture de la poche des eaux ne paraît exercer aucune influence sur le caractère du pouls.

« Pendant l'expulsion du fœtus, les modifications du pouls sont analogues à celles que déterminent les contractions utérines, mais d'une façon encore plus accentuée. »

---

*pouls chez les nouvelles accouchées*, Th. de Strasbourg, 1869, p. 15.

1. Siredey. *Les maladies puerpuérales*. Paris, 1884, p. 18.

2. Chailly-Honoré. « Au début du travail... le pouls se ralentit. » *Traité pratique de l'art des accouchements*, 5e édition, 1867, p. 337.

3. Burdach. « Il arrive parfois, mais rarement, que la fréquence du pouls diminue pendant les douleurs. » *Traité de physiol.*, 1838, t. IV, p. 259.

4. Louge. Thèse de Paris, 1886-87, p. 112-113.

Nous avons pris le pouls d'un certain nombre de femmes en travail ; chez toutes nous avons noté une accélération du pouls surtout accentuée pendant la contraction utérine. Cette accélération devient plus notable, lorsque le travail se trouve prolongé, ou bien s'il survient une complication.

Les *caractères sphigmographiques* du pouls ont été étudiés à différentes reprises. Disons de suite qu'il est assez difficile de se livrer à ces recherches à cause de l'état d'agitation dans lequel les femmes se trouvent pendant cette période de l'état puerpuéral.

Cependant Lorain (1) et surtout Louge (2) reproduisent des tracés aux différentes époques du travail et Louge (3) arrive aux conclusions suivantes : « Pendant chaque douleur, l'amplitude diminue légèrement et les angles de la courbe sont plus nettement accusés. »

« Pendant les fortes contractions utérines, la ligne d'ensemble s'élève, l'amplitude diminue toujours et on observe soit un plateau horizontal très marqué avec diminution du dicrotisme, ce qui est le cas le plus fréquent, soit au contraire, un dicrotisme franc avec un sommet arrondi. »

« Dans l'intervalle des contractions, le pouls peut quelquefois présenter une assez grande amplitude. »

Pendant l'expulsion, les caractères sont les mêmes que pendant les contractions utérines mais plus accentués.

La *tension artérielle* qui reste normale pendant la gros-

1. Lorain. *Le pouls*. Paris, 1870, fig. 164.
2. Louge. Thèse de Paris (p. 46, 47, 49, 50, 51, 52),1886-1887.
3. Louge. Thèse de Paris, p. 112-113, 1886-1887.

sesse, subit des modifications pendant toute la durée du travail.

Chapon (1) trouve une moyenne de 15 à 17 pendant la grossesse, celle-ci s'élèverait à 20 pendant le travail, mais en dehors des douleurs qui porteraient la tension à 22-23.

La tension pour Baranger (2), de 16,6 pendant la grossesse, s'élève à 20 pendant les douleurs, à 23 pendant la période d'expulsion.

Dans leur rapport au Congrès de 1900, Queirel et Raynaud (3) ont conclu à la suite de leurs recherches que :

« Au moment de l'accouchement il existe une hypertension peu accentuée, tant que la dilatation du col ne dépasse pas le diamètre de 5 centimètres. mais qui devient plus accusée dès que la dilatation atteint les dimensions d'une paume de main, et, encore plus manifeste, quand la dilatation est complète marquant à cette période 17 et 19.

« Dans l'accouchement à terme avec expulsion spontanée, l'hypertension s'élève généralement à 20 et 22 : tandis que dans l'accouchement prématuré, où les phénomènes mécaniques semblent moins développés, les chiffres observés sont au-dessous de ceux constatés dans l'accouchement à terme.

« Quand le travail est rapide, l'hypertension semble plus élevée. Dans plusieurs cas qui rendirent nécessaire l'application du forceps, la pression artérielle tombe à 16 et 15 et même au-dessous. Les tensions les plus basses ont été

---

1. Chapon. Thèse de Paris, 1898.
2. Baranger. Th. de Paris, 1898.
3. Queirel et Raynaud. *Annales de Gynécologie et d'Obst.*, août 1900, p. 64.

observées chez les femmes soumises au chloroforme qui a une action hypotensive manifeste.

« Aussitôt après l'expulsion sans perte de sang exagérée, la tension tombe brusquement de 22, 20 à 14, 13, 12, puis remonte à 14 et 15, rarement au-dessus ».

Pour Fellner (1), la tension, qui est augmentée pendant la grossesse, croît pendant le travail, atteignant son maximum pendant les douleurs et surtout les douleurs de l'expulsion. La tension diminue avec la rupture de la poche des eaux, modification d'autant plus accusée que le flot de liquide a été plus abondant et plus rapide. La tension suit la contraction, s'élève et tombe avec elle.

Après la naissance, la tension tombe même au-dessous de la normale. Elle est en générale plus basse au cours des interventions, forceps, cranioclasie et autres qui nécessitent le concours de l'anesthésie.

De même pour Pflugbeil (2), la tension augmente sous l'influence des douleurs du travail et diminue à chaque pause. La tension augmente pendant la période d'expulsion, puis il y a une chute rapide après la naissance, sans toutefois que la tension descende au-dessous de la normale.

Beau (3), dans sa thèse, arrive aux conclusions suivantes : « L'hypertension qu'on remarque à l'occasion de l'ac-

---

1. O. Fellner. *Herz und Schwangerschaft Monätssch f. geburtsh. und Gynäk.* Sept. et oct. 1901. (Courbes.)

2. Feodor Pflugbeil. Th. de Leipzig, 1903.

3. Beau. Th. de Genève, 1906. *Pression artérielle chez la femme à la fin de sa grossesse, pendant l'accouchement et les suites de couches* (Conclusions).

couchement est progressive depuis le commencement du travail jusqu'à l'expulsion de la tête de l'enfant où elle atteint son maximum. La pression suit dans ses variations les alternatives de contraction et de relâchement du muscle utérin. Après l'expulsion du fœtus il se produit une hypotension passagère. »

Vaquez (1), dans la *Tribune médicale*, rapporte le résultat de ses recherches dans le service de M. Bar, recherches ayant porté sur dix femmes dont la pression était connue *ante partum*. « Pendant le travail, la pression artérielle s'élève, non pas progressivement ou d'une façon continue, mais par bonds, pour ainsi dire au fur et à mesure que les contractions utérines se rapprochent et augmentent d'énergie Dans les premières douleurs, la pression remonte à 21, 22 centimètres de mercure pour redescendre presque complètement à la normale quand les pauses se prolongent ; plus tard elle atteint 23, 24 centimètres et ne redescend entre les douleurs que de 2 à 3 centimètres. Après l'accouchement, l'abaissement est subit et complet. »

Enfin Chirié (2), dans sa thèse, fait le tableau suivant de la tension artérielle pendant le travail : « Pendant l'accouchement, il y a une hypertension d'effort au moment des douleurs, cette élévation de 17 et 18 en moyenne, peut atteindre 20 et 22 dans certains cas. Pendant les

---

1. Vaquez. *Tribune médicale*, avril 1906, p. 213. De la tension artérielle pendant la grossesse et les suites de couches.

2. Chirié. Thèse de Paris, 1907, p. 14.

pauses, quand les douleurs sont très espacées, la tension descend au chiffre normal ou très voisin de la normale, fait en rapport avec ce qu'observent les physiologistes (1). Si les douleurs sont fréquentes la tension reste haute.

« Immédiatement après la rupture des membranes, la tension tombe un peu au-dessous de la normale. Cette chute, comme l'ont fait remarquer de nombreux auteurs, est en rapport avec la rapidité de l'écoulement.

« Dans la période d'expulsion, pendant les pauses si les pauses sont longues, la tension s'écarte peu de la normale. Au moment des douleurs finales la tension s'élève brusquement très haut sans qu'on puisse la mesurer exactement. »

Nous avons pris la tension artérielle chez un grand nombre de femmes pendant le travail. Nous avons constaté toujours une hypertension progressive, en rapport avec l'effort, hypertension diminuant, lorsque celui-ci cessait, et ayant son maximum au moment de l'expulsion de la tête du fœtus.

La rupture des membranes, la parité, l'époque de l'accouchement ont une influence sur la tension.

L'hypertension au moment de l'accouchement est moins élevée, de 1. 2 quelquefois 3 centimètres de mercure, chez la multipare que la primipare De même chez la femme qui accouche prématurément, la tension est moins élevée pendant l'accouchement (obs. 1617 de 1907).

La rupture des membranes fait diminuer la tension

1. Hallion et Comte. Tension dans l'effort. Société de Biologie, 1896.

artérielle (obs. 2049 et 1907) et on peut voir des écarts de 2, 3 centimètres de Hg, ainsi que nous en rapportons un où il s'agit d'une femme présentant de l'hydramnios (obs. 1605 de 1907).

Dans la grossesse gémellaire (obs. 1617 de 1907) on voit ainsi que Queirel et Raynaud l'ont signalé, la tension s'élever jusqu'au moment de l'expulsion du premier enfant, tomber ensuite brusquement, puis remonter progressivement jusqu'au moment de l'expulsion du second.

Enfin après l'accouchement, la tension diminue, mais il nous a paru qu'elle restait presque toujours supérieure à la normale, normale qu'elle ne retrouvait qu'après la délivrance.

## CHAPITRE II

# Pouls pathologique pendant l'accouchement

### Article I

*Travail prolongé*

Le travail, ainsi que H. Varnier l'a établi dans son *Obstétrique journalière*, est en moyenne de treize heures trente minutes chez la primipare et de sept heures trente minutes chez la multipare. Mais il arrive parfois que ce travail, qui avait une marche normale et régulière, prend une physionomie spéciale que les Anglais ont traduite par l'expression de *tœdious labour*. Les contractions diminuent d'intensité. Elles deviennent faibles et s'espacent. La dilatation ne progresse pas. Les grands bains prolongés, la rupture artificielle et prématurée des membranes et surtout les injections vaginales à 48°-50 degrés peuvent suffire pour que le travail reprenne son cours régulier. L'accouchement se termine alors normalement. Le pouls, dans ce cas, conserve ses caractères normaux.

Mais chez d'autres femmes, cette thérapeutique échoue, le travail traîne en longueur et dure plusieurs jours ; quatre-

vingt-cinq heures (obs. 1336 de 1907), quatre-vingt-dix-neuf heures (obs. 210 de 1902). Dans ce cas, la femme porte les traces d'une fatigue extrême. Les traits sont tirés, altérés, la langue est sèche, la soif est ardente. « Le pouls, dit Cazeaux, est fréquent, développé, fébrile » (1). De même Tarnier et Chantreuil (2) notent son accélération et ajoutent qu'il est petit et fréquent.

« La prolongation du travail, dit H. Varnier (3), a des inconvénients indiscutables. C'est le surmenage que trahissent l'accélération du pouls, la sécheresse de la langue, la pulvérulence des narines, les fuliginosités des lèvres et des dents, la dépression des forces, l'abattement, le délire, l'élévation de la température qui peut aller de 38 degrés à 40 degrés. Il y a une fièvre de travail qu'on ne peut mieux comparer qu'à celle qui suit les excès sportifs et qui semble devoir être attribuée à une auto-intoxication. »

Nous rapportons d'ailleurs plusieurs observations de travail prolongé. Chez trois femmes, pendant la période de dilatation on vit le pouls monter à 104 (obs. 1255 de 1907), à 108 (obs. 1336 de 1907), à 120 (obs. 210 de 1902). Et c'est chez ces femmes surmenées que l'on observe des complications à la fin de l'accouchement ou pendant la période de délivrance : application de forceps pour inertie utérine (obs. 1336 de 1907), mort de l'enfant que l'on va extraire par basiotripsie (obs. 1375 de 1905), physométrie

1. Cazeaux, *Traité des accouchements*, p. 534.
2. Tarnier, *Traité des accouchements*, t. III, p. 365.
3. Varnier, *Obstétrique Journalière*, p. 175.

(obs. 1962 de 1907), hémorragie de la délivrance (obs, 1255 de 1907), infection (obs. 743 de 1904).

En outre, la tension artérielle est peu élevée, elle est au-dessous de la tension normale pendant le travail, et elle est d'autant moins élevée qu'on s'éloigne davantage du début du travail. (Obs. 1255 et 1336 de 1907.)

Au point de vue du pronostic, l'accélération du pouls est donc importante à connaître, car elle doit faire mettre en garde, préparer tout de façon à pouvoir lutter facilement si une complication survient.

### Article II

### *Troubles cardiaques*

La grossesse chez les cardiaques a été étudiée depuis longtemps, et il en était résulté cette boutade de Peter : « Fille, pas de mariage : femme, pas de grossesse ; mère, pas d'allaitement. » Mais M. le Professeur Pinard enseigne qu'il faut voir comment, chez les cardiaques, les lésions sont compensées, et comment fonctionnent le foie et surtout le rein. Aussi trouve-t-on des cardiaques, quelle que soit leur lésion, qui mènent une et même plusieurs grossesses à terme, accouchent et allaitent sans incidents. D'autres, au contraire, présentent des accidents parfois assez graves pour nécessiter l'interruption de la grossesse, fait plutôt assez rare, puisque nous n'en avons trouvé qu'un seul cas (obs. 920 de 1901) pendant les cinq années sur lesquelles portent nos observations.

Aussi à la suite du professeur Pinard, Wallich (1) dit-il : « La cardiaque peut se marier, avoir des enfants, et une fois mère, allaiter ; telle est la formule à substituer à celle qu'indiqua Peter. »

Quoi qu'il en soit, pendant le travail et surtout à la fin, dans la période d'expulsion, la cardiaque présente parfois des accidents d'asystolie aiguë.

En effet, la femme accouchant à terme, ou près du terme, si l'enfant est volumineux, les parties molles quelque peu résistantes, des troubles circulatoires plus ou moins graves peuvent apparaître sous l'influence des efforts de l'expulsion.

Ces troubles circulatoires s'accompagnent de gêne de la respiration. La dyspnée apparaît, aboutissant vite à l'orthopnée ; et on se trouve bientôt en présence d'une crise d'asystolie aiguë.

Comme chez tous les autres cardiaques à cette phase de leur maladie, le pouls est petit, intermittent, irrégulier. Il peut être filiforme et alors au sphigmographe on aura un tracé représenté par une ligne horizontale à peine ondulée(2). Il est de plus accéléré, et cette accélération du pouls, comme le fait remarquer Merklen (3), résulte de l'insuffisance des contractions cardiaques. Il peut être à peine comptable en raison de sa faiblesse, de sa rapidité et des

---

1. Wallich. *Eléments d'Obstétrique*, p. 236. Steinheil, Paris, 1907.

2. Wurty. *in Manuel de médecine*, t. II, p. 179, 1897.

3. Merklen. *in Tr. de médecine. Brouardel et Gilbert*, t. VI, p. 406, 1899.

nombreux faux-pas du cœur, un grand nombre de battements cardiaques ne se transmettant pas à l'artère radiale. Cette tachycardie et ce grand désordre, revèlent la faiblesse du cœur qui supplée par le nombre à l'insuffisance de ses contractions. Cette faiblesse due au surmenage et à la dilatation du myocarde peut être transitoire, aussi y a-t-il tout intérêt à terminer le plus tôt possible l'accouchement.

Nous rapportons deux observations d'asystolie pendant le travail, toutes deux pendant la période d'expulsion. L'une chez une femme présentant une insuffisance mitrale (obs. 1015 de 1906), l'autre chez une scolio-cyphotique, dyspnéique pendant la fin de sa grossesse, devenue une cardio-pulmonaire sous l'influence de l'effort. (Obs. 65 de 1908.)

Chez ces deux femmes le pouls était petit, irrégulier, fréquent. Elles présentaient de l'orthopnée. Après l'application de forceps et surtout après la délivrance, les symptômes d'asystolie ont diminué d'intensité, moins rapidement chez la première que chez la seconde. Néanmoins toutes deux eurent des suites de couches normales et quittèrent le service en bon état.

Chez une cardiaque ou une cardio-pulmonaire, aussitôt que le pouls s'accélère, et surtout devient irrégulier, il faut, en dehors d'une saignée de 300 à 500 grammes, hâter le travail et la dilatation de l'orifice utérin par les moyens usuels (injections chaudes, ballon de Champetier...), et dès que la dilatation est complète, terminer le plus rapidement possible l'extraction du fœtus. (1).

---

1. Ribemont-Dessaignes et Lepage. *Précis d'Obstétrique*, 5e édition, p. 684.

## Article III

### *Hémorragies pendant le travail*

Pendant toute la durée du travail, on peut observer des hémorragies, reconnaissant des causes multiples, dont les principales sont le décollement prématuré du placenta normalement inséré, l'insertion vicieuse du placenta, la rupture utérine.

Toutes ces hémorragies ont une symptomatologie spéciale variant avec la cause. Cependant toutes ont ce caractère particulier : l'accélération du pouls, variable d'ailleurs suivant que l'hémorragie est interne ou externe, ou mixte.

C'est donc dire que nous allons étudier deux variétés d'hémorragies : hémorragies internes, hémorragies externes. Les hémorragies mixtes étant le trait d'union entre ces deux variétés.

Les hémorragies internes ont été peu étudiées, quoique dans la littérature obstétricale on en trouve un certain nombre de cas. Mauriceau (1) en rapporte une observation. Mais il faut arriver à Jean-Louis Baudelocque (2) pour trouver dans son traité un passage consacré à l'hémorragie causée par décollement prématuré du pla-

---

1. Mauriceau. *Traité des mal. des femmes grosses*, t. II, p. 130, t. II, p. 323. Paris, 1681.

2. J.-L. Baudelocque. *Traité d'Accouch.*, t. I, p. 414. Paris, 1796.

centa normalement inséré, hémorragie nettement différenciée de l'hémorragie causée par insertion vicieuse. Mme Lachapelle, ainsi que Mme Boivin (1), nient la possibilité de ces hémorragies. Cazeaux (2) dans son traité dit : « Le sang peut s'épancher entre la face utérine du placenta et la paroi utérine correspondante », et il rapporte une observation avec autopsie publiée par le *New med. and phys. Journal* (1813), observation où le centre du placenta était seul décollé des parois utérines, pendant que les bords étaient encore complètement adhérents. Braxton-Hicks (1860), Goodell (3), Pilat (4) et Brunton (5) en rassemblent un grand nombre de cas, ce qui n'empêchait pas Stolz (6) en 1870 de déclarer que depuis Baudelocque aucun nouveau cas n'avait été publié. « Aussi fallut-il l'autorité de Tarnier, et l'important travail de Mme Henry (7), basé sur vingt-quatre observations personnelles pour établir définitivement l'existence d'une affection jusque là si controversée. » (Pinard) (8). Et d'ailleurs Dumarcet dans sa thèse (1892) cite nombre de cas où le diagnostic a pu être fait au lit des femmes.

---

1. Mme Boivin. *Traduction annotée du Traité des hém. de Duncan-Stewart*, 1818.
2. Cazeaux. *Traité d'Accouch.*, 6e édition, p. 709, 1858.
3. Goodell. *American Journal obstetrics*, t. II, p. 281, 1870.
4. Pilat. *Annales de Gynécologie*, 1874, t. I, p. 361.
5. Brunton. *Journal of gr. Britain*, p. 437, octobre 1875.
6. Stolz. *In Nouv. Dict. de Méd. et de Chir. prat.*, 1870, Art. Dystocie, p. 191.
7. Mme Henry. *Annales de Gynécologie*, 1891, p. 357.
8. Pinard. *Cliniques*, p. 200.

Quant à l'hémorragie externe dont le type est celle due à l'insertion vicieuse de placenta, elle est bien connue depuis Portal et de nombreuses théories ont été émises pour expliquer son mécanisme, celle de M. Pinard explique les hémorragies de la grossesse et celle du travail.

Dans *l'hémorragie rétro-placentaire* exclusivement interne, tout de suite la femme présente les signes d'une anémie grave, le facies est pâle, les lèvres décolorées, le pouls est à peine perceptible, il bat 120, 130 et même jusqu'à 140 fois par minute (obs. 394 de 1903 ; obs. 1751 de 1905). Il y a imminence de syncope. En plus, on retrouve d'autres signes : le col et le segment inférieur sont durs ; si la poche des eaux est perceptible, on la trouve tendue ; l'utérus présente une dureté ligneuse ; l'auscultation est négative ; enfin on constate une hauteur utérine non en rapport avec l'âge de la grossesse.

Dans nos deux observations le pouls atteint 120 et 124 ; et, après la délivrance, à la suite du placenta, les caillots recueillis pèsent 300 grammes (obs. 1751 de 1905) et 450 grammes (obs. 394 de 1903). En somme hémorragie relativement peu importante. Il y a donc une discordance entre la quantité de sang perdu et l'accélération du pouls, l'état de shock observé en pareil cas contribuant probablement à cette accélération.

Il est rare que l'hémorragie rétroplacentaire reste uniquement interne, le plus souvent elle devient mixte par suite du décollement des membranes. Rapportant quatorze observations d'hémorragie rétro-placentaire (2 internes et 12 mixtes), nous arrivons au pourcentage suivant :

14, 3 0/0 hémorragie interne
85, 7 0/0 hémorragie mixte

Que le sang s'épanche à l'intérieur de l'utérus, ou qu'il s'écoule au dehors, les signes locaux restent les mêmes ; seuls, les signes généraux et en particulier le pouls varient suivant les cas.

Actuellement il est classique de dire que le pouls est rapide dans le décollement prématuré du placenta normalement inséré et Crasson (1) dans sa thèse dit que l'accélération serait constante et très prononcée.

Mais M. le professeur Pinard fait remarquer depuis longtemps dans ses cliniques, qu'il n'y a pas toujours accélération du pouls. Le pouls peut ne pas être rapide, si l'hémorragie n'est pas considérable. En revanche on peut noter un pouls très fréquent sans hémorragie externe très abondante ; c'est qu'alors le sang s'accumule dans la cavité utérine.

Et, comme preuve, nous apportons douze observations d'hémorragies rétro-placentaires. Chez six femmes, l'état général était assez bon lors de l'entrée, le pouls était au-dessous de 100, entre 80 et 90, donc un peu plus rapide que normalement. Quoique dans l'observation 726 de 1905, le pouls restât à 68 pendant toute la durée du travail.

Néanmoins, même lorsqu'il n'y a plus d'écoulement par la vulve, il faut surveiller le pouls car le sang peut s'accumuler dans l'utérus. Telles sont les observations 504 de 1902 et 894 de 1907. Le pouls dans la première s'élève de

---

1. Crasson. Thèse de Paris, 1905-1906.

90 à 130, de 84 à 96 dans la seconde. (Derrière le placenta, il y a de volumineux caillots.)

Chez six autres femmes, le pouls était, lors du premier examen, au-dessus de 100. L'état général était inquiétant : pâleur, décoloration des muqueuses chez les unes, tandis que chez les autres s'ajoutaient les sueurs, les syncopes, les troubles de la respiration. Et on pouvait noter 110, 120 et même 140 pulsations à la minute (obs. 611 de 1903, 880 et 934 de 1904, 288 et 347 de 1905, 1726 de 1907).

En somme la fréquence du pouls dans l'hémorragie rétro-placentaire est un facteur important à connaître, car son accélération semble en rapport avec la gravité de l'affection.

L'état de la tension artérielle ne peut fournir de renseignements très utiles, étant données les causes multiples de décollement prématuré du placenta normalement inséré : albuminurie, brièveté du cordon, traumatisme, insertion du placenta à la partie inférieure de la face antérieure de l'utérus, au voisinage du pubis. Cependant chez une albuminurique avec hypertension, il faudra craindre la possibilité de cette complication et c'est là le seul renseignement fourni par la sphigmomanométrie.

*Dans la rupture utérine*, l'hémorragie peut être interne, externe ou mixte. Souvent le début est dramatique, mais d'autres fois l'utérus se rompt lentement et insidieusement ; les symptômes n'apparaissent parfois qu'au bout de quelques heures.

Au moment de la rupture, le pouls se comporte de façon différente suivant les cas. Parfois il est accéléré

d'emblée, alors que chez d'autres femmes, il reste au voisinage de la normale, et c'est l'ensemble des signes avec la méthode d'exploration par le toucher manuel fait « méthodiquement, progressivement et complètement » suivant le précepte de M. Pinard, qui feront faire le diagnostic.

Quoi qu'il en soit, à mesure qu'on s'éloigne du moment de la rupture, est-ce sous l'influence de l'hémorragie ou sous l'influence de la réaction péritonéale ? le pouls s'accélère de plus en plus, il est petit, irrégulier, dépressible, monte à 140, 160 et plus, pour devenir finalement imperceptible. Et, on sera d'autant plus frappé de cette fréquence, qu'il y a des observations de rupture utérine, dans lesquelles il n'y eut pas d'hémorragie par la vulve, (Obs. 589, 1697, 1807 de 1905 et 46 de 1904), un pôle fœtal obstruant la filière pelvi-génitale et empêchant l'issue du liquide sanguin (46 de 1904), ou bien la rupture s'étant produite au début du travail (obs. 1807 de 1905).

A côté de ces deux causes d'hémorragie plutôt rares, il en est une autre plus fréquente : *l'hémorragie par insertion basse du placenta*. Nous avons déjà vu que cette insertion vicieuse pouvait forcer l'accoucheur, pendant la grossesse, à en interrompre le cours.

Pendant le travail, en présence d'une hémorragie relevant de cette cause, c'est encore le pouls qui guidera, et il n'y aura pas besoin d'attendre qu'il y ait plus de 100 pulsations par minute pour déchirer largement la poche des eaux, après s'être assuré la présentation longitudinale du fœtus.

Cependant l'étude du pouls a son utilité, en ce sens

qu'elle donne des renseignements au point de vue du pronostic. En effet, si le pouls se maintient au même niveau, ou encore diminue de fréquence, on peut être rassuré sur l'issue de l'accouchement. Mais il n'en est pas de même si les pulsations s'accélèrent, car il ne faut pas attendre les signes d'anémie aiguë grave, mais intervenir rapidement, c'est-à-dire, introduire un ballon de Champetier de Ribes, et faire le traitement consécutif de l'hémorragie en injectant du sérum artificiel.

Comme dans toutes les hémorragies, la tension artérielle descend au-dessous de la normale, et nous verrons plus loin, à propos des hémorragies de la délivrance, comment elle se comporte dans les suites de couches.

Malgré l'arrêt de l'hémorragie par le traitement que nous avons mentionné, si le pouls se maintient fréquent, ou même augmente, il faut réserver le pronostic, la moindre perte de sang au moment de la délivrance pourra entraîner la mort de la femme (obs. 2052 de 1903).

L'étude du pouls dans ces cas est donc très intéressante, car il donne les premiers renseignements qui peuvent faire craindre cette anémie aiguë grave qu'il faut éviter à tout prix.

Nous rapportons un certain nombre d'observations, où les principes que nous avons indiqués ont été mis en pratique. Voici les résultats :

48 femmes eurent une hémorragie par insertion basse du placenta.

Chez 33 la déchirure large des membranes suffit à arrêter l'hémorragie.

Chez 15 autres il fallut recourir au ballon de Champetier de Ribes.

Parmi ces dernières, il y eut un décès à déplorer. (Hémorragie lors de la délivrance chez une femme anémiée par des pertes de sang abondantes pendant le travail.) Ce qui fait donc une mortalité de 2,08 0/0.

## Article IV

### *Infection pendant le travail*

Pendant le travail, et surtout lors de travail prolongé, on note parfois des troubles du pouls dus à l'infection, infection observée principalement lors de rupture prématurée des membranes. L'œuf ouvert, en effet, offre un terrain de culture parfait pour les microbes. Cette infection se produit aussi bien que le fœtus soit mort (obs. 1944 de 1902, 1709 de 1903, 1788 de 1907 et 1962 de 1907) ou vivant (Obs. 1389 de 1902, 1177 et 1375 de 1905.).

« L'infection qui prend naissance dans l'œuf, ne tarde pas à se propager à la mère, et les accidents éclatent rapidement, la température s'élève, *le pouls s'accélère*, la langue devient sèche, des frissons se déclarent, et lorsque l'œuf est expulsé, l'infection est profonde, générale, rapidement meurtrière. » (1).

---

1. Pinard et Wallich. *Traitement de l'infection puerpérale*, p. 14. Paris. Steinheil, 1896.

Dans les cas heureux, il y a deux modes de terminaison : ou bien cette fièvre ne persiste pas, elle est éphémère, se terminant en lysis au bout de quelques jours ; il en est de même de l'accélération du pouls qui de 120, 130, 140 revient progressivement à la normale ; ou bien, on assiste au tableau de l'infection puerpuérale, avec guérison ; mais dès lors le pouls est peu élevé ; il dépasse 100 et ne s'y maintient pas. Il descend vite au-dessous de ce chiffre, ce qui est d'un bon pronostic (obs. 1944 de 1902).

Mais chez les femmes dont le pouls se maintient au-dessus de 100, et s'élève à 120, 140 et même 160, le pronostic est très sombre (obs. 1389 de 1902 et 1709 de 1903), surtout si la température est peu élevée. La température peut être normale, et le pouls très accéléré, l'intoxication est profonde et la mort survient dès lors bien plus rapidement (obs. 1177 de 1905).

# Troisième Partie

## LE POULS PENDANT LES SUITES DE COUCHES

---

### CHAPITRE PREMIER

### Pouls physiologique

Blot (1) en 1864, dans les *Archives générales de médecine* fit paraître un article « Du ralentissement du pouls dans l'état puerpuéral ». Ce mémoire fut le point de départ d'une série de travaux sur cette question. Déjà ce ralentissement avait été signalé par Whytt (2) en 1765 et par Mac Clintock (3) en 1861. Blot arrivait aux conclusions suivantes qne nous rapportons textuellement :

---

1. Blot. « Du ralentissement du pouls dans l'état puerpuéral. *Archives générales de médecine*, 1864, t. I, p. 561.

2. R. Whytt. *Observation on the nature, causes and eure of those discorders*, etc. Edimbourg, 1765.

3. A. H. Mac Clintock. « Remarks on the Semeiological value of the pulse in Childebed. The Dublin quarterly. *J. of med. science*, mai 1861, t. XXXI, p. 257.

« 1° Chez les femmes en couches bien portantes, on voit généralement survenir un ralentissement du pouls plus ou moins marqué ;

« 2° La fréquence de ce phénomène varie nécessairement avec l'état sanitaire, comme le prouvent les trois séries d'observations faites par nous successivement à la Clinique et à l'Hôtel-Dieu.

« Dans l'état physiologique, le ralentissement du pouls nous paraît un fait général, en rapport avec la déplétion utérine ; son degré seul varie ; il ne tient pas à une disposition particulière à quelques femmes qui auraient naturellement et ordinairement le pouls lent. Celles qui font le sujet de mes observations ont été suivies assez longtemps pour que j'aie pu m'assurer que, chez elles, le pouls avait, en dehors de l'état puerpuéral, la fréquence physiologique ordinaire.

« 3° Quant au degré de ralentissement, il peut varier beaucoup ; j'ai vu trois fois le pouls tomber à 35 pulsations par minute ; le plus communément il oscille entre 44 et 60.

« Le régime alimentaire n'exerce pas une influence manifeste.

« 4° On le trouve plus souvent chez les multipares que chez les primipares, ce qui peut s'expliquer par la fréquence plus grande des accidents puerpuéraux chez les dernières.

« 5° La durée du ralentissement varie de quelques heures à dix ou douze jours ; elle est en général d'autant plus longue que le ralentissement est plus considérable, pourvu

toutefois qu'un accident morbide ne tire pas subitement les femmes de l'état physiologique.

« 6° La marche du ralentissement du pouls est presque toujours la même ; il commence ordinairement dans les vingt-quatre heures qui suivent l'accouchement, il va en augmentant, reste un certain temps stationnaire, puis disparaît peu à peu.

« On le voit souvent persister, même à un degré très prononcé, pendant la période des couches qu'on décrit généralement sous la dénomination, souvent impropre, de *fièvre de lait.*

« 7° La longueur du travail ne paraît pas exercer une influence notable sur son développement et sur son degré ; au contraire le moindre état pathologique l'empêche de se produire ou le fait disparaître ; on l'observe après l'avortement, après l'accouchement prématuré, spontané, ou artificiel, comme après l'accouchement à terme.

« Les tranchées utérines même intenses ne le font pas disparaître. Il n'en est pas ordinairement de même des hémorragies. On peut cependant l'observer quelquefois après celles qui n'ont pas été abondantes.

« 8° La position couchée, assise ou debout, le font varier très notablement.

« 9° Le ralentissement du pouls est un signe pronostic très favorable ; on ne le rencontre que chez les femmes bien portantes ; dans un service d'hôpital, sa fréquence indique un état sanitaire excellent, sa rareté doit faire craindre l'invasion prochaine des états morbides qu'on voit si souvent régner sous forme épidémique.

« 10° Quant à sa cause, il ne faut pas la chercher dans

une sorte d'épuisement nerveux, comme je l'avais cru tout d'abord ; les recherches sphygmographiques auxquelles nous nous sommes livré, avec M. Marey, montrent d'une manière manifeste qu'il est en rapport avec une augmentation de la tension artérielle après l'accouchement. »

A la suite de ce mémoire, de nombreux travaux ont paru sur ce sujet : Marey (1), Lefort (2), Hemey (3), Lorain (4), Falaschi de Sienne (5). Enfin Louge dans sa thèse arrivait aux conclusions suivantes :

« Le pouls retombe en moyenne à 82 aussitôt après l'expulsion du fœtus, remonte à 100 ou 120 pendant le frisson physiologique, et descend enfin plus ou moins brusquement, après la délivrance, au-dessous de la moyenne physiologique.

A partir de ce moment « la courbe du pouls présente trois manières d'être. Chez certaines femmes le pouls oscille pendant toute la durée des couches entre 72 et 80, ne descend jamais au-dessous, monte quelquefois au delà (courbe sans ralentissement). Le plus souvent il oscille d'une façon générale dans ces limites, mais pendant cer-

---

1. Marey. *Physiologie médicale de la circulation* (fig. 234 235), 1863.

2. Lefort. *Etude clinique sur la température et le pouls chez les nouvelles accouchées*. Th. de Strasbourg, 1869, p. 34.

3. Hemey. « Recherches sur le pouls pendant les quinze jours qui précèdent ou qui suivent l'accouchement. » *Arch. gén. de médecine*, 1868, II, p. 154.

4. Lorain. *Le pouls*. Paris, 1870, p. 186.

5. E. Falaschi. « Sul rallentamento del polso ». *Rivista scientifica della R. Accademia de Fisiocritici*. 1871, ann. III. fasc. V, VI, et ann. IV, fasc. II, III, V.

tains jours variables des couches, il descend momentanément à 60 ou à 58 (courbe à ralentissement mixte). Chez d'autres femmes, le pouls qui oscillait entre 70 et 84 après la délivrance, se ralentit manifestement, oscille entre 50 et 46 pendant la durée des couches et s'élève progressivement au chiffre normal (courbe à ralentissement franc) » (1).

Mais ce ralentissement ne s'observe pas chez toutes les femmes, quoique Blot dise l'observer presque constamment. Pour Falaschi il existe dans le quart des cas ; pour Olshausen (2) dans 63 0/0. Enfin Louge l'a noté chez une primipare sur quatre et chez une multipare sur trois..

Ce ralentissement apparaît de huit à quarante-huit heures après la délivrance et dure de un à deux jours, allant d'abord en augmentant pour rester stationnaire et disparaître progressivement. Parfois il cesse pendant quelques jours pour reparaître ensuite (3)

Il atteint son maximum à des époques variables :

Fin du deuxième jour (Blot).

De la quarante-huitième à la soixantième heure (Falaschi).

Du cinquième au huitième jour (Lœhlein) (4).

---

1. Louge. *Pouls puerpuéral physiologique.* Thèse de Paris, 1886-1887, p. 113-114.

2. B. Olshausen. Ueber die Pulsverlangsamung in Wochenbett und ihre Ursache. *Centralb. f. Gynæk.*, 1881, V. nº 3.

3. H. Varnier. *Obstétrique journalière*, p. 319.

4. Lœhlein. « Ueber das Verhalten des Herzens bei Schwangeren und Wœchnerinnen. » *Zeistch. f. Geb. und Frauenk.* 1876. 1. 482.

Du cinquième au septième jour (Olshausen) (1).

Matin du septième jour (Louge).

Soir du septième jour (Baumfelder) (2).

Septième à neuvième (Deubel) (3).

Neuvième jour (Meyburg) (4).

Cette question paraissait définitivement tranchée, lorsque Karl Heil reprenant cette étude, arriva à des conclusions diamétralement opposées ; il disait « *qu'on ne saurait admettre, dans la mesure où cela a été fait jusqu'ici un ralentissement physiologique du pouls pendant les suites de couches.* » Il a d'ailleurs noté fréquemment un pouls lent, mais c'est là un phénomène qu'on rencontre aussi bien dans la grossesse. « Il ne saurait donc plus être question du ralentissement physiologique du pouls des accouchées : le pouls à la vérité peut être lent, et c'est là un phénomène de bon augure, mais il ne représente pas un attribut propre, exclusif aux suites de couches » (5).

A la suite de telles divergences, Varnier (6) reprit la question, en instituant deux séries d'observations : dans l'une il compare le pouls des femmes grosses et celui des femmes accouchées, dans l'autre il étudie le pouls des femmes

1. Olshausen. « Ueber die Pulsverlangsaumungin Wochenbett und chre Ursache. » *C. f. Gyn.* 1881.

2. Baumfelder. *Puls und Respirations frequenz im Wochenbett.* Leipzig. Diss., 1867.

3. R. Deubel. *Température et pouls dans l'état puerpuéral.* Th. de Nancy, 1878.

4. H. Meyburg. « Ueber die pulse der Wochnerinnen. » *Arch. f. Gynœk.* Berlin, 1877. B. XII. Heft I. p. 122.

5. Karl Heil. *Annales de Gynécologie et d'Obst.*, p. 31, 1899.

6. Varnier. *Obstétrique journalière*, p. 319, 320, 321, 322.

avant et après l'accouchement; et il arrive à ces conclusions :

1° La courbe du pouls chez les accouchées observées est notablement inférieur à la courbe du pouls chez les femmes grosses ;

2° Dans 72, 22 0/0 des cas au moins, il y a pendant les suites de couches un ralentissement indéniable du pouls.

Ce ralentissement est plus fréquent chez les multipares que chez les primipares.

Bref, conclut Varnier, dans les conditions où Blot a observé et où nous observons après lui « on voit généralement survenir chez les femmes en couches, bien portantes, un ralentissement plus ou moins marqué du pouls. Dans l'état physiologique, le ralentissement du pouls nous paraît un fait général ; son degré seul varie, il ne tient pas à une disposition particulière à quelques femmes qui auraient naturellement le pouls lent. »

Varnier donne le tableau suivant :

| | |
|---|---|
| Pouls au-dessus de 75..... | 2, 85 0/0 |
| Pouls à cheval sur 75..... | 57, 14 0/0 |
| Pouls au-dessous de 75... | 40 0/0 |

(Pourcentage basé sur 35 femmes)

Nous avons suivi un certain nombre de femmes, nous avons constaté nettement le ralentissement du pouls chez l'accouchée, ralentissement survenant en général le deuxième ou le troisième jour et durant plus ou moins longtemps. Notre pourcentage correspond à celui de Varnier et porte sur 50 observations, 26 primipares et 24 multipares :

Pouls au-dessus de 75..... 2 femmes : 4 0/0
Pouls à cheval sur 75..... 28 femmes : 56 0/0
Pouls au-dessous de 75..... 20 femmes : 40 0/0

Chez les *Primipares :* (26) :

Pouls au-dessus de 75..... 1 femme : 3, 84 0/0
Pouls à cheval sur 75..... 18 femmes : 69, 2 0/0
Pouls au-dessous de 75..... 7 femmes : 26, 96 0/0

Chez les *Multipares :* (24) :

Pouls au-dessus de 75..... 1 femme : 4, 16 0/0
Pouls à cheval sur 75..... 10 femmes : 41, 66 0/0
Pouls au-dessous de 75..... 13 femmes : 54, 18 0/0

Le ralentissement du pouls est donc nettement plus accentué chez la multipare.

La montée laiteuse ne modifie généralement pas la courbe du pouls.

Ajoutons pour terminer, que d'après Perreymond (1), il y aurait accélération du pouls (76 à 96 pulsations) jusqu'à ce que la sécrétion lactée soit établie.

*Caractères sphigmographiques.*— « La ligne d'ascension croît régulièrement après la délivrance, atteint son maximum au bout d'une heure après l'accouchement puis décroît graduellement dans les jours qui suivent. La grande amplitude disparaît généralement au bout de six à huit jours... Le sommet ne subit pas de modifications régulières. Quinze jours après l'accouchement, on observe encore un plateau horizontal... Le dicrotisme est généralement moins accusé vers le milieu des couches.

1. Perreymond. Th. de Montpellier, 1876.

La sécrétion lactée s'établit généralement sans modifier la forme de la pulsation » (1).

*Tension artérielle.* — De même que pendant la grossesse, cette question est très controversée dans les suites de couches.

Baranger (2) dit qu'après la délivrance la tension est à 19 et descend ensuite progressivement à la normale dans les suites de couches.

L'évacuation de l'utérus, d'après Chapon (3), ne diminue pas l'excès de tension qu'avait provoqué le travail. Après l'accouchement, la pression artérielle reste égale à celle provoquée par le travail, et cela pendant deux ou trois jours, pour diminuer ensuite progressivement et redevenir normale vers le huitième jour.

Wiessner (4) constate une chute brusque de la tension artérielle se produisant immédiatement après la délivrance.

Queirel et Raynaud (5) ont remarqué que, « aussitôt après l'expulsion, sans perte de sang exagérée, la tension tombe brusquement de 22, 20 à 14, 13, 12, puis remonte à 14 et 15, rarement au-dessus. Le lendemain et le surlendemain de la délivrance, lorsque tout se passe normalement, l'hypertension est la règle, 17-19 en moyenne, puis la tension s'abaisse le troisième et le quatrième jour, pour retrouver la normale vers le neuvième jour.

---

1. Louge. Thèse de Paris, 1886-1887, nº 183, p. 115.
2. Baranger. Thèse de Paris, 1898.
3. Chapon. Thèse de Paris, 1898.
4. Wiessner. *Centralb. f. Gynxk.*, 1899, p. 1338-39.
5. Queirel et Raynaud. *Annales de Gynécol. et d'Obst.*, août 1900, p. 64.

Pour Fellner (1), après la naissance la tension tombe même au-dessous de la normale. Après la délivrance, la chute est encore plus accusée ; elle est en rapport avec l'importance de la saignée utérine plus ou moins abondante.

Pour Pflugbeil (2), après le naissance, la tension descend brusquement mais non toutefois au-dessous de la normale. Puis elle remonte sous l'excitation du travail de la délivrance. Elle ne diminue pas aussitôt après, mais dans les heures qui suivent, pour atteindre son point le plus bas, une douzaine d'heures après l'accouchemeut. Cette tension baisse vers la fin du premier jour, remonte ensuite avec de grandes oscillations.

Schrœder (3) a constaté une chute progressive de la tension après la naissance.

Beau (1), dans sa thèse, arrive aux conclusions suivantes : « Après l'expulsion du fœtus, il se produit une hypotension passagère, puis la pression remonte lentement jusqu'au moment du décollement du placenta, où l'on observe une hypertension relative qui n'arrive jamais aux maxima de pression observés pendant les deux périodes de l'accouchement. Cette hypertension de la délivrance est suivie d'une chute de la pression qui la ramène à un minimum inférieur à celui qu'on observe après l'expulsion de l'enfant. »

---

1. Fellner. *Herz und Schwangerschaft. Monatssch. f. Geburtsh. und Gynæk.*, sept. et oct. 1901.
2. Pflugbeil. Th. de Leipzig, 1903.
3. Schrœder. *Monatschr. f. Geburt.* B. 17-1904.
4. Beau. Thèse de Genève, 1906. Conclusions.

Pouliot (1) accepte une hypertension artérielle dans les jours qui suivent l'accouchement.

Vaquez (2) dans sa communication sur la tension artérielle pendant la grossesse et les suites de couches, arrive à conclure qu'il n'y a pas *post partum*, d'hypertension propre, liée aux suites de couches, et que toute hypertension constatée avant ou après le travail révèle un état pathologique.

Enfin Chirié (3) dans sa thèse dit : « Après l'accouchement, la tension retrouve la normale qu'elle peut même dépasser en moins. La tension se relève légèrement jusqu'à la délivrance qui est suivie d'une dépression nouvelle en rapport généralement avec la quantité de sang perdu. Du reste la tension normale ne tarde pas à être reconquise. »

Nous avons pris la tension artérielle d'un certain nombre de parturientes. Nous avons constaté que, maxima au moment de l'expulsion de la tête, la tension, après la sortie du fœtus, diminuait brusquement, tout en se maintenant au-dessus du chiffre de la pression normale. Elle augmentait ensuite jusqu'au moment de la délivrance ; et, celle-ci étant terminée, la pression artérielle décroissait plus ou moins rapidement pour atteindre, quelques heures après, son chiffre normal.

---

1. Pouliot. Thèse de Paris, 1905, p. 41.
2. Vaquez. Société d'Obst. de Paris, 15 février 1906. *Tribune médicale*, p. 213. Avril 1906.
3. Chirié. Th. de Paris, n° 217, p. 14.

## CHAPITRE II

# Pouls pathologique

### Article I

*Hémorragies de la délivrance.*

Les caractères du pouls lors d'hémorragie de la délivrance sont connus depuis longtemps.

Fouquet (1), Bordeu (2), Smellie (3), C. Baudelocque (4), Lordat (5), Double (6), Velpeau (7) attirent l'attention sur la vitesse du pouls dans l'hémorragie de la délivrance, sans toutefois en signaler l'importance.

Plus tard Hervieux (8), Churchill (9) recommandent de

1. Fouquet. *Essai sur le pouls par rapport aux différents organes*, 1768.
2. Bordeu. *Traité du pouls par rapport aux crises*, 1779.
3. Smellie. *Traité d'Accouchement*, 1771.
4. C. Baudelocque. *Traité des Hémorragies*, 1831.
5. Lordat. *Traité des Hémorragies*, 1808.
6. Double. *Séméiologie générale*, 1817.
7. Velpeau. *Traité des Accouchements.*
8. Hervieux. *Traité clinique des Maladies des Femmes*, 1870.
9. Churchill. *Traité des Maladies des Femmes*, 1881.

surveiller toute accouchée dont le pouls sera fréquent. Charpentier (1) en 1882 dit : « Chez les femmes qui sont menacées d'hémorragie, le pouls est toujours extrêmement fréquent ; c'est donc un point sur lequel l'attention doit se porter d'une façon toute particulière ; et, chaque fois que chez une femme qui vient d'accoucher nous trouverons le pouls petit et fréquent, nous devrons nous méfier, car nous pourrons avoir à redouter une hémorragie. »

On connaît depuis Schrœder et surtout depuis les travaux de Barbour, de Pinard et Varnier, le mécanisme de la délivrance : « Le décollement du placenta et des membranes ne se fait qu'un certain temps après la rétraction utérine qui suit l'expulsion du fœtus, et il est produit par les contractions de l'utérus rétracté, par les arrière-douleurs.

« La rétraction active, la tonicité du muscle utérin, tonicité qui tend sans cesse à ramener celui-ci à un moindre volume, comprime, pince dans ses mailles, oblitère, ligature les vaisseaux pariétaux, réalise l'hémostase avant le décollement. Ce qu'on dénomme l'inertie utérine est la suspension de cette tonicité sous des influences diverses. Le tonus utérin est donc l'agent principal de l'hémostase. C'est grâce à lui que le décollement du placenta ne donne pas lieu habituellement à la perte de plus de sang que n'en contient l'espace intra-placentaire. »

« C'est parce que cette rétraction active, hémostatique, est rendue matériellement impossible par la présence du

1. Charpentier. *Traité d'accouchement.* 1882.

fœtus dans l'utérus, que le décollement prématuré du placenta donne lieu à une perte foudroyante.

« C'est parce que la présence du placenta, en partie seulement décollé, empêche cette rétraction de se satisfaire pleinement, que se produit l'hémorragie accompagnant ordinairement le décollement incomplet du placenta. Décollez complètement, enlevez le placenta et l'hémorragie s'arrête.

« Bien que le décollement du placenta ne soit pas suivi d'une hémorragie rétro-placentaire abondante, *la main qui, par le palper, surveille l'utérus, perçoit une augmentation de volume, une ascension du fond de l'utérus pendant que s'accomplit le deuxième temps de la délivrance, c'est à dire la descente du placenta décollé sur l'orifice cervical* (1). »

Puis le fond de l'utérus s'abaisse pendant que le placenta passe en grande partie du segment inférieur dans le vagin. C'est le troisième temps de la délivrance.

Pour compléter ces données, nous devons ajouter que suivant le mode de présentation du placenta, nous aurons deux variétés d'hémorragies : interne et externe. Mais l'hémorragie externe est le plus souvent mixte, c'est-à-dire qu'il s'écoule du sang par la vulve, pendant qu'il s'en accumule en arrière du placenta ou en arrière de caillots.

On comprend donc maintenant l'importance qu'il y a à surveiller le pouls et l'utérus de la parturiente. D'ailleurs, M. le professeur Pinard s'exprime ainsi : « Aussitôt après l'accouchement, voici ce que vous devez faire : d'abord porter la main sur l'utérus pour vous renseigner sur sa consistance et sa position, puis examiner le pouls, si

1. Varnier. *Obst. journalière*, p. 254.

vous le trouvez lent et normal, soyez sans inquiétude, au contraire s'il est fréquent prenez vos précautions, vous allez avoir à lutter contre une hémorragie de la délivrance. »

Avant d'aborder l'étude du pouls dans l'hémorragie de la délivrance, il nous faut dire qu'il existe après l'accouchement, en dehors de l'hémorragie, des causes d'accélération du pouls, résumées par Perraudin (1) dans sa thèse. Ce sont : les maladies du cœur (en particulier l'insuffisance mitrale), les maladies cachectisantes (tuberculose, syphilis, paludisme, alcoolisme), parfois l'hystérie et l'épilepsie, enfin l'anémie et l'accouchement laborieux. Ajoutons que dans le goitre exophtalmique la tachychardie peut être extrême.

Il est un certain nombre de femmes prédisposées à l'hémorragie de la délivrance, et chez qui la surveillance du pouls est de première importance. D'abord celles qui ont eu une hémorragie *post partum* lors d'une grossesse antérieure (obs. 106 de 1905), de même celles qui, pendant la période d'expulsion, à chaque effort perdent en abondance du sang et des caillots provenant d'éraillures du vagin (obs. 1722 de 1907). Enfin il faut surveiller avec le plus grand soin, les albuminuriques (obs. 1889 de 1901, 477, 644 et 1109 de 1904) ainsi que celles qui restent longtemps en travail (Obs. 415 de 1905 et 1255 de 1907).

Lorsque la perte de sang physiologique qui se produit pendant la délivrance devient pathologique, nous avons deux modes de renseignement ; la consistance et la hau-

1. Perraudin. Th. de Paris, 1892. *Importance de l'examen du pouls aussitôt après l'accouchement.*

teur de l'utérus, et surtout le pouls qui est, suivant l'expression de M. Pinard, le réactif le plus sensible de l'hémorragie.

Dans certaines délivrances pathologiques, le pouls monte rapidement à 100, 110, 120 rarement au-dessus. Il est indiqué de pratiquer une délivrance artificielle suivie d'injection intra-utérine à 50 degrés. A la suite de cette intervention, le pouls est bien moins rapide, et, sans autre médication, dans l'heure qui suit, il est presque revenu à la normale (obs. 805 et 1032 de 1901 ; obs. 939 de 1907).

Il n'en est pas toujours ainsi, et nous allons montrer maintenant comment se comporte le pouls dans les hémorragies internes et dans les hémorragies externes.

*Hémorragies internes.* — Dans l'hémorragie interne, le pouls s'élève rapidement au-dessus de 100. L'utérus est mou, et on voit son fond s'éloigner de plus en plus du pubis, suivant la quantité de sang retenue derrière le délivre. (Obs. 448 de 1904 ; obs. 427 de 1905). Aussitôt après la délivrance, le pouls diminue de fréquence et retrouve généralement la normale vingt-quatre ou quarante-huit heures après l'accouchement, quelquefois dans les six heures qui suivent (581 de 1905, obs, 482 de 1905).

*Hémorragies externes.* — Dans l'hémorragie externe, le pouls s'accélère moins rapidement, c'est-à-dire atteint moins vite 100. Mais alors il faut se hâter d'intervenir, car, arrivé à ce chiffre, bientôt on comptera, 120, 130, 140 pulsations à la minute (1836 de 1907). Fait à noter,

souvent pendant la délivrance artificielle, le pouls s'accélère et devient même imperceptible. Cette altération n'est que transitoire (obs. 504 de 1903).

Dans l'hémorragie externe, la fréquence du pouls persiste plus longtemps. Les jours suivants, il décroit petit à petit, il oscille autour de 110, puis 100, et il revient progressivement à la normale vers le septième ou huitième jour des suites de couches (obs. 1255 de 1907), quelquefois même plus tard, le vingt et unième jour (obs. 1995 de 1907). En somme la durée et l'intensité de l'exagération du pouls sont en rapport direct avec l'hémorragie.

*Hémorragies secondaires.* — Le placenta extrait, on peut encore observer des hémorragies, appelées hémorragies secondaires de la délivrance et reconnaissant deux causes : l'inertie utérine et la rétention de cotylédon (obs. 2108 de 1901, et 120 de 1904). Ces hémorragies secondaires sont graves, car généralement elles évoluent silencieusement. Le pouls présente une fréquence parfois très grande. « Le diagnostic de cette hémorragie dit Wallich (1), doit être fait sans retard. La femme accuse alors une sensation de faiblesse, d'oppression ; son pouls s'accélère d'une façon très marquée. L'utérus devient mou et augmenté de volume. Si à ce moment on découvre l'accouchée, on trouve sur les draps une plus ou moins grande quantité de sang. Mais il peut aussi se faire qu'il n'y ait point de sang répandu au dehors. Dans ce dernier cas, il y a rétention de sang dans l'utérus, lequel peut être considérablement distendu par des caillots.

1. Wallich. *Précis d'Obstetrique*, p. 324-325.

« L'utérus est au contraire dur, rétracté, formant le « globe de sûreté », si l'hémorragie provient d'une autre source, c'est-à-dire d'une plaie du col ou d'une déchirure vulvo-périnéale. »

Le pouls dans ces hémorragies ne revient que lentement à son chiffre normal (obs. 1302 de 1907. Obs. 1222 de 1907).

*Tension artérielle.* — Dans les hémorragies de la délivrance, secondaires ou non, la tension artérielle se comporte de la même façon. Elle diminue en même temps que le pouls s'accélère. Et, dans les suites de couches, à mesure que le pouls diminue de fréquence, la tension artérielle se relève. Il nous a semblé, mais nous n'avons pas assez de documents pour avoir une opinion ferme, qu'à la suite des injections de sérum artificiel, la tension artérielle revenait plus vite à la normale. D'ailleurs Queirel et Raynaud au Congrès de 1900 disent qu'après les hémorragies la tension remonte, surtout avec l'emploi des agents thérapeutiques, dans les suites de couches (obs. 108 de 1908).

En somme, dans l'hémorragie de la délivrance, c'est le pouls qui règle la marche à suivre, aussi faut-il le surveiller attentivement. Y a-t-il cent pulsations à la minute? On se trouve en présence de deux cas : la délivrance est ou n'est pas faite,

Elle n'est pas faite : il faut introduire la main dans l'utérus et ramener le délivre, intervention suivie d'injection intra-utérine à 50. Si elle est faite : on exprimera les caillots de l'utérus, et dans ce cas il est rare qu'une hémorragie ne cède pas à l'action de l'eau à 50 degrés et au massage utérin. C'est la méthode suivie à la clinique

Baudelocque. Nous rapportons 52 observations d'hémorragie *post partum*, et nous enregistrons deux décès : un par inertie utérine après une symphyséotomie (obs. 1431 de 1902), un autre par hémorragie due à une rétention cotylédonnaire (2108 de 1901), soit une mortalité de 3,84 0/0.

*Hémorragie par rétention placentaire dans l'avortement.* — A ce chapitre d'hémorragie de la délivrance, il nous a semblé devoir rattacher l'hémorragie par rétention placentaire à la suite d'avortement. M. le professeur Pinard enseigne qu'en cas de rétention placentaire, il faut surveiller le pouls et la température, et n'intervenir que lorsque le thermomètre indique que la fièvre se déclare ou lorsque le pouls s'accélère par suite d'hémorragie et oscille autour de 100. Le pouls se comporte là comme dans les hémorragies de la délivrance décrites auparavant.

Nous rapportons 31 observations rentrant dans ce cadre, observations recueillies à la Clinique Baudelocque. Toutes les femmes quittèrent le service en bonne santé.

*Thrombus.* — Enfin à côté de ces hémorragies, il nous faut parler des épanchements sanguins, dits *thrombus* ou mieux *hématomes*, qui se produisent dans l'épaisseur des tissus, au niveau de la vulve et du vagin au cours de l'accouchement. Si nous le mentionnons à cet endroit, c'est qu'on ne l'observe guère qu'après la délivrance. Lorsque le thrombus est volumineux et fuse dans le bassin, le pouls naturellement est rapide. Mais même lorsque le thrombus n'est pas très volumineux, le pouls est encore accéléré.

Nous avons suivi au dortoir une femme pendant la fin de sa grossesse. Après l'accouchement, on s'aperçut qu'elle présentait un thrombus vulvo-vaginal. Le pouls est monté à 96, 104 et il n'est redescendu à la normale qu'à partir du moment où la tumeur commença à se résorber.

### Article II

### *Pouls pendant la fluxion mammaire*

Varnier dans l'*Obstétrique journalière* dit que la courbe du pouls n'est généralement pas influencée par la montée laiteuse. C'est ce qui se présente le plus souvent. Cependant il est des cas où avec une forte montée laiteuse, on constate une légère élévation de température (quelques dixièmes de degré) et un peu d'accélération du pouls (une ou deux dizaines). Mais dans ces circonstances, le thermomètre doit rester au-dessous de 37 degrés 5 et le pouls ne doit pas arriver à 100 pulsations. Il n'y a plus de « fièvre de lait ». On décrivait autrefois sous ce nom, les accidents fébriles notés au moment de la montée laiteuse. Cela se passait avant l'application de l'antisepsie à l'obstétrique. Cette fièvre aujourd'hui disparue, correspondait le plus souvent à des phénomènes infectieux légers (1).

Pendant l'allaitement, on peut observer différentes complications du côté des seins : Crevasses, lymphangites, abcès. Disons de suite que les crevasses ne modifient en rien la courbe du pouls, quelquefois, note-t-on une légère éléva-

1. Wallich. *Précis d'Obstétrique*, p. 143.

tion de température. Nous ne faisons que les mentionner, parce qu'elles sont une porte d'entrée pour l'infection, et que non traitées, elles déterminent la lymphangite.

*Lymphangite du sein.* — C. Daniel (1), se basant sur 30 observations, arrive à ces conclusions : « La température apparaît du cinquième au septième jour, elle monte à 39 ou 40 degrés, sa durée est de douze à vingt-quatre heures, et tombe soit brusquement, soit en deux temps à la normale ». La courbe, dit Wallich, présente une élévation en pointe figurant un *clocher*. « Le pouls tantôt ne suit pas la température (avec une température de 40 degrés il reste à 80), tantôt il devient fréquent d'emblée, mais toujours en désaccord avec la température. »

Nous avons observé un certain nombre de lymphangites du sein, et nous avons trouvé qu'en effet, la température pouvait être élevée (39°-40°) et le pouls osciller entre 70 et 80. C'est là plutôt une exception. Le plus souvent on voit la température monter à 38°5, 39 degrés, quelquefois 40 degrés et le pouls toujours monter à 100, 112, 120, (obs. 39 de 1908), 138 (obs. 2040 de 1907), 148 (obs. 1754 de 1907). Cette tachycardie disparaît au bout d'un jour ou deux, à moins qu'une nouvelle poussée de lymphangite ne se produise ou bien qu'une collection purulente ne se forme.

Nous rapportons une observation intéressante (obs. 1754 de 1907). Lors de la délivrance : rétention de caduque, hémorragie secondaire. Le deuxième jour la température est de 37°8 et le pouls bat 128 fois à la minute. On pou-

1. Daniel. *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, mai 1902, p. 367.

vait penser à l'infection de l'utérus, mais un examen attentif révèle une lymphangite du sein.

*Abcès du sein.* — L'abcès du sein est une complication des plus rares à l'heure actuelle. Nous n'en avons observé qu'un cas. Le pouls et la température semblent s'y comporter comme dans toutes les suppurations. La température fait de grandes oscillations. Il en est de même pour le pouls, mais avec cette différence qu'il ne revient à la normale que lorsque la température a disparu. Pouls et température augmentent, s'il se forme de nouveaux abcès (obs. 39 de 1908).

### Article III

### *Pouls dans l'infection puerpuérale*

L'accélération du pouls a été toujours signalée comme très grande dans l'infection puerpuérale ; et, avant que Trousseau en 1858, n'entrevit le premier la vérité en comparant les accidents infectieux de la puerpuéralité à ceux de la chirurgie, tous les auteurs se perdaient en descriptions minutieuses pour faire le tableau de l'infection puerpuérale.

Hoheb (1) dans sa thèse en 1869, écrivait : « Le pouls et la température ont une importance capitale. Le pouls est d'une grande fréquence, 120-140 ; il atteint souvent le chiffre énorme de 150 et 160 pulsations par minute ; dépressible, il offre souvent à peine sous le doigt qui l'explore de

1. Hoheb. Th. de Paris, 1869. *De la fièvre puerpuérale* p. 14.

petites ondulations. La température va de pair avec le pouls. »

D'ailleurs, comme le fait remarquer Léopold, c'est d'abord le pouls qui s'écarte de la normale à l'occasion des complications légères ou graves de l'état puerpuéral. Et Fehling (1) va plus loin : « J'omettrais plutôt l'observation de la température que celle du pouls. » Nous croyons qu'il vaut mieux dire, ce que nous avons entendu souvent répéter à M. Wallich : « La température et le pouls dans les suites de couches sont de première importance, et s'il fallait choisir entre ces deux modes de renseignement, c'est sur le pouls qu'il faudrait arrêter son choix. »

Ce n'est qu'exceptionnellement qu'on observe les accidents si fréquents autrefois de la péritonite puerpuérale. Et comme le faisaient déjà remarquer en 1891, MM. Labadie-Lagrave et Gouget (2), les infections qu'on rencontre aujourd'hui sont moins intenses que celles qui décimaient les femmes autrefois, ce sont des fièvres puerpuérales antiseptiques, c'est-à-dire, des infections atténuées par rapport aux infections qu'on observait autrefois ; mais cette atténuation n'est que relative ; et fièvre puerpuérale atténuée ne signifie pas fièvre puerpuérale sans danger, se guérissant toute seule.

L'infection se montre donc à des degrés différents. La *fièvre de lait* des anciens accoucheurs, n'en était qu'une manifestation atténuée et il est intéressant de lire la

1. Fehling. *Physiologie und Pathologie des Wochenbetts*, 1897.

2. Labadie-Lagrave et Gouget : « La fièvre puerpuérale d'autrefois et la fièvre puerpuérale d'aujourd'hui. » *Annales de Gynécologie*, oct. 1891.

curieuse critique qu'en fait H. Varnier dans l'*Obstétrique journalière*, p. 314.

Aussi actuellement l'infection se manifeste le plus souvent par l'élévation de la température et la fréquence du pouls (1). L'affection débute généralement le troisième jour par un frisson plus ou moins violent. La femme éprouve du malaise, de la céphalalgie. La langue est blanche : le pouls bat aux environs de 100, le thermomètre monte à 38 ou 39 degrés, ou même au-dessus. Localement peu de symptômes : douleur plus ou moins sensible au niveau de l'hypogastre, et surtout de chaque côté de l'utérus, lochies parfois très fétides, parfois sans odeur. Dans les jours suivants on observe une rémission matinale plus accentuée du côté de la température que du côté du pouls. La température peut revenir à la normale, et le pouls garder sa fréquence. En somme, l'accélération du pouls est le symptôme constant de l'infection même légère.

Dans l'infection nous savons donc qu'il y a de la tachycardie ; mais pour porter un pronostic, il faut également savoir comment se comporte la température. Nous avons reproduit un certain nombre de tracés, sur lesquels à une température de 37 degrés correspondent 80 pulsations, et chaque élévation de 1 degré correspond à 10 pulsations.

Après examen de ces courbes, nous sommes arrivé, aux deux types suivants :

1° Le pouls suit la température ;

2° Il y a dissociation entre le pouls et la température.

Premier cas. — *Le pouls suit la température.* — On

1. Wallich. *Eléments d'Obstétrique.*

compte 100, 110, 120 pulsations pendant que le thermomètre marque 38, 39, 40 degrés. Dès le début le pouls est bien frappé, mais il faiblit à mesure que l'infection se prolonge. Il accompagne la température dans sa marche et s'élève à 110, 120 et plus, suivant la hauteur de la courbe thermique. Parfois, après quelques jours, on voit la dissociation se faire entre le pouls et la température, celle-ci descendant tandis que les pulsations deviennent plus rapides. Ces constatations rendent le pronostic très sombre. (Obs. 393, de 1901, 1277 de 1901).

Si au contraire le pouls et la température descendent ensemble, le pronostic est favorable. (Obs. 1856 de 1902, 481 de 1904.)

D'autre part le thermomètre peut marquer 40 degrés, avec un pouls à 130, 140, et dans ce cas l'issue de l'affection est douteuse. (Obs. 2220 de 1901, 849 de 1902.)

Deuxième cas. — *Dissociation entre le pouls et la température.* — On peut observer, par exemple, une température de 38 degrés avec 120 pulsations. En général, lorsque cette dissociation existe sans cause préalable (hémorragie de la délivrance, etc.), l'affection prend un caractère des plus sérieux, et est souvent rapidement mortelle.

Sur les 11 observations que nous rapportons, il y eut 8 décès, les 3 autres femmes ayant voulu quitter le service, malgré leur état alarmant, et les observations qui leur étaient faites.

La température peut être plus ou moins élevée ; bien plus elle peut rester à la normale, pendant que l'on compte 110 à 120 pulsations. Il s'agit alors de cas très graves

(1177 de 1905). D'ailleurs Bossi (1), en 1899, disait qu'on ne pensait pas assez que les cas les plus sérieux d'infection puerpuérale, présentent très peu de fièvre (37°5-38°) et des pulsations accélérées (120, 130, 140.)

Nous nous sommes demandé si cette dissociation du pouls et de la température ne correspondait pas particulièrement à l'infection veineuse (obs. 960 de 1907). Nous regrettons de ne pas avoir assez de documents pour nous prononcer.

C. Daniel (2) dit qu'on peut voir la fréquence du pouls précéder tous les autres accidents, même l'élévation thermique. Cette accélération débute vers le deuxième ou troisième jour, oscille pendant quelque temps autour de 100 et continue à s'élever progressivement. Puis, la fièvre monte à son tour. Dans son ensemble, la courbe du pouls est progressivement ascendante. Nous ne pouvons en donner d'exemple.

Les femmes qui ont une hémorragie lors de l'accouchement ou de la délivrance, font plus facilement que d'autres de l'infection. Chez elles, les courbes prennent un caractère spécial. D'abord le pouls est accéléré d'emblée. Puis on le voit diminuer de fréquence petit à petit. S'agit-il d'infection atténuée, le pouls se maintient toujours au même niveau, mais descend ensuite avec la température (obs. 1610 de 1902, 1477 de 1905). Mais si l'infection est grave, il s'élève de nouveau, et se maintient à 130, 140, jusqu'à la

1 Bossi. Compte rendu de la Société Obst. de France, 1899, p. 75.

2. C. Daniel. *Revue pratique d'Obst. et Péd.*, février 1903, p. 53.

fin (obs. 768 de 1905). Ou bien la dissociation qui existait primitivement devient moins nette, le pouls suit la température semblant montrer que l'organisme a pu réagir. La dissociation reparaît si l'infection a repris l'avantage (obs. 904 de 1905).

L'infection d'origine intestinale dans les suites de couches pourrait être confondue avec l'infection puerpuérale. Mais pour Gaugain (1) le pouls reste quelquefois au-dessous de la température et le plus souvent la suit exactement. Pour 39 à 40 degrés, 100 à 110 pulsations : il lui semble moins élevé que dans l'infection puerpuérale vraie, et sa descente se fait d'une façon précoce, toujours avec la chute thermique.

*Tension artérielle* — Nous n'avons pas d'observation d'infection grave suivie de mort, observation dans laquelle la tension artérielle ait été prise, Dans l'observation 1227 de 1907, nous voyons dans les suites de couches la tension rester normale, le thermomètre est à 39 degrés, le pouls à 120, et le sphigmomanomètre enregistre 14.

Pour Savelli (2), lorsque l'hypotension s'installe rapidement dès le début d'une infection puerpuérale, et coexiste avec un pouls rapide, il faut toujours se méfier de la gravité du pronostic, malgré le peu d'élévation du thermomètre. Le pronostic serait d'autant plus sérieux que l'hypotension serait plus accentuée et plus précoce, inaccessible aux modifications externes de la circulation sanguine (sérum artificiel, éther, caféine).

---

1. Gaugain. Thèse de Paris, 1906-1907. *Pouls dans l'infection d'origine intestinale au cours de la puerpuéralité.*
2. Savelli. Thèse de Montpellier, 1903-1904, p. 77.

*Le pouls dans le traitement de l'infection*

Les injections intra-utérines sont pratiquées à la Clinique Baudelocque lors de la première élévation de température, qu'elle se produise le deuxième ou le troisième jour. On fait passer 10 à 12 litres de liquide antiseptique dans la cavité de l'utérus.

Deux cas se produisent :

Voici les résultats d'après MM. Pinard et Wallich (1) :

1° La température et le pouls reviennent à la normale et s'y maintiennent. (Obs. 752 de 1905.)

2° Ou bien il se produit une nouvelle élévation de température, qui, *si elle est à 38 degrés*, nécessite une nouvelle injection utérine, ou, *si elle est au-dessus de 38 degrés*, avec un pouls à 100, 120 sera l'indication de l'irrigation continue (obs. 1944 de 1902), en attendant, si ces symptômes persistent, que *le troisième jour soit accompli pour faire pratiquer un curettage.*

A la suite du curettage, on observe :

1° Une chute définitive du pouls et de la température (obs. 387 de 1901) ;

2° Ou bien le pouls et la température sont encore au-dessus de la normale. Dans ce dernier cas, l'évolution peut se faire de deux façons :

α) La chute se fait progressivement, le pouls restant toujours relativement élevé (obs. 1477 de 1905).

β) La température et le pouls continuent à monter progressivement, soit parce que l'infection a été attaquée

1. Pinard et Wallich. *Traitement de l'infection puerpérale.* Paris, Steinheil, 1896.

localement d'une façon insuffisante, alors un deuxième curettage s'impose (obs. 1856, de 1902), soit parce que l'infection s'est généralisée, le traitement local restant sans effet, la mort est dans ce cas la terminaison habituelle.

Un signe important de gravité, comme le fait remarquer Mouchotte (1) dans sa thèse, c'est la persistance de la fréquence du pouls malgré le traitement institué.

*Le pouls dans la phlébite*

Dans les services d'accouchement, où les femmes, de par leur situation sociale, sont forcées de quitter le lit vers le neuvième ou dixième jour, quelquefois plus tôt, il arrive de voir une nouvelle accouchée se lever, faire quelques mouvements et tomber sur le sol, foudroyée par une embolie pulmonaire (obs. 1377 de 1905). Cette femme eut une courbe de température presque normale, sauf le cinquième jour où elle eut 37°4. Le pouls était à 112 le premier jour et à 104 le cinquième jour. En se levant le dixième jour, elle tombe inanimée au pied de son lit.

Il est certes de grande importance, pour tout praticien, de connaître des signes qui lui permettent de « diagnostiquer la phlébite, alors que dans les étapes de sa progression, elle est encore cachée au niveau de l'utérus, ou dans les veines du bassin, avant qu'elle ne crève les yeux en apparaissant sur les membres, ou qu'elle ne se signale d'une façon tragique par une embolie. » (Wallich).

1. Mouchotte. *Hystérectomie dans la f. puerp. post-abortum*. Thèse de Paris, 1903, p. 143.

Si la question a été discutée récemment à la Société d'Obstétrique, Gynécologie et Pédiâtrie, c'est que les complications emboliques, que rien apparemment ne fait prévoir dans les suites de couches, semblent plus fréquentes de nos jours. Et ces complications se rencontrent d'ailleurs non seulement dans l'infection puerpuérale, mais aussi à la suite d'interventions chirurgicales sur l'utérus et ses annexes.

Déjà Siredey (1) et Widal (2) insistaient sur les élévations de température que présente la phlébite dans les premiers jours des suites de couches, témoignant de la présence d'infection.

MM. Pinard et Wallich (3) ont étudié particulièrement le diagnostic clinique de la période préphlébitique. A part les oscillations thermiques, on peut observer comme signes précurseurs : point de côté, dyspnée, crachats hémoptoïques. Tous ces symptômes doivent faire prévoir la phlébite qui apparaît ultérieurement.

Funck-Brentano (4) en 1900, dans la *Revue pratique d'Obstétrique et de Pédiâtrie*, rapporte des cas où la période préphlébitique est apyrétique : « Le pouls, dit-il, suit en général les oscillations de la température. Dans certains cas cependant, on a noté la dissociation de ces deux éléments, le pouls s'accélérant, tandis que la température restait normale. Elle est parfois très marquée et peut exis-

1. Siredey. *Maladies puerpuérales*, 1884.

2. Widal. *Etude sur l'infection puerpuérale, la phlegmatia alba dolens et l'érysipèle*. Thèse de Paris, 1889.

3. Pinard et Wallich. *Traitement de l'infection puerpuérale*. Paris, 1896.

4. Funck-Brentano. *R. prat. d'O. et P.*, 1900, août, p. 240.

ter non seulement au moment où apparaît l'œdème douloureux, mais aussi dans les premiers jours qui suivent l'accouchement. »

En même temps paraissaient les travaux de Michel (1), Martinet (2), Lequint (3), puis les thèses de Chevreux (4) et de Vaney (5).

En Allemagne, Mahler (6) avait attiré l'attention sur un phénomène jusque-là inobservé, sur une *ascension du pouls en échelons* (Staffelformig), qu'il appela *pouls grimpant* (Kletterpuls) et qui apparaîtrait quelques jours avant les autres symptômes de thrombose.

La question fut reprise par Gessner (7), Wyder (8), Cramm (9), Singer (10), Heidemann (11) et surtout par Richter.

---

1. Michel. « De l'embolie pulmonaire après les opérations pour tumeurs fibreuses de l'utérus, en particulier après l'hystérectomie totale ou subtotale ». (*R. de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, juillet-août 1900.)

2. Martinet. *Des embolies pulmonaires consécutives à l'hystérectomie abdominale totale*. Th. de Bordeaux, 1900.

3. Lequint. *De l'embolie pulmonaire consécutive aux interventions sur l'utérus*. Th. de Lille, 1900.

4. Chevreux. *De l'embolie pulmonaire tardive à la suite d'hystérectomie pour fibromes utérins*. Th. de Paris, 1902.

5. Vaney. *Des processus phlébitiques du tractus génital au cours de la puerpuéralité*. Th. de Nancy, 1906.

6. Mahler. Thrombose, Lungenembolie und plœtzlicher Tod. (*Arbeiten der Dresdener Frauen-klinik*), 1895. Bd. II.

7. Gessner. « Ueber tædliche Lungenembolien bei Gynæk. Erkrankungen. » (*Zeitsch. fur Geb. und Gynæk.*, 1896. Bd. XXXV.)

8. Wyder. « Ueber Embolie der Lungenarterien in der Geburtshülflich, gynækologischen Praxis. » (*Volkmann's Sammlung Klinicher Vortræge*, nº 146. 1896.)

9. Cramm. « Ueber Lungenembolie in Anschluss an Graviditæt, partus, puerpuerium und Sexualerkrankungen. » (*In. diss., Berlin*, 1896.)

10. Singer. « Thrombose und Embolie im Wochenbette. » (*Archiv. f. Gynæk.*, 1898. Bd. LVII.)

11. Heidemann. « Die Thrombose im Wochenbette. » (*Monastch. für Geburtsch. und Gynæk.*, 1901.)

Richter dans un mémoire paru en 1905, dit que dans certains cas, on voit le pouls d'abord très bas, monter modérément de jour en jour. Mais l'examen du pouls seul ne suffit pas ; la température doit aussi être prise en même temps avec la plus scrupuleuse exactitude, car on ne peut poser un diagnostic certain qu'en comparant les deux courbes. Dans les tracés typiques de thrombose, le pouls s'élève alors même que la température reste normale (1). Et Richter donne le résultat de ses recherches.

Sur 16.000 accouchées de la Clinique de Dresde, il put réunir *20 cas d'embolie et 78 cas de thrombose.*

Sur ces embolies : 12 furent mortelles, soit 60 0/0

Sur ces 20 embolies : 8 guérirent, soit 20 0/0.

Sur les 78 thromboses : 66 purent être reconnues à des signes objectifs nets.

Sur les 78 thromboses : 12 ne purent être que soupçonnées par le signe de Mahler.

Quoi qu'il en soit, dans ces 98 cas, *le signe de Mahler fut positif 62 fois, c'est-à-dire dans une proportion de 63 0/0. Dans les 33 autres cas (34 0/0), il ne l'était pas, soit parce que l'ascension du pouls avait commencé avant l'entrée des malades à la Clinique, soit parce qu'il était caché par une fièvre persistante. Dans 2 cas seulement, il fut négatif. Dans un autre la courbe fut perdue.*

Il est impossible de ne pas être frappé de la valeur d'une telle statistique. De l'avis de Léopold (2), « celui qui prend la peine de l'étudier soigneusement ne peut nier :

1. Richter. Thrombose und Embolie im Wochenbette. *Arch. f. Gynæk.* LXXIV. I. 1905.

2. Léopold. « In Festschrift von Fiedler : Ueber Lungenerkrankung im Wochenbette, beruhend auf thrombose und

1° Que le pouls grimpant existe ;

2° Qu'il constitue, sans aucun doute, un symptôme grave et d'une importance telle, qu'en présence du danger que peut causer sa négligence, il en exige la recherche méticuleuse dans le service sous ses ordres. Sa valeur est d'autant plus grande, qu'il est le seul symptôme précoce de thrombose, et que grâce à lui, le médecin peut, dans les premiers moments, mettre en œuvre une prophylaxie sévère qui empêchera l'embolie » (1).

Enfin Vaney, dans sa thèse, conclut que le chiffre élevé des pulsations n'a de valeur diagnostique que s'il est accompagné d'une apyrexie complète. Signe de Mahler).

Nous rapportons l'observation d'une femme (obs. 1137 de 1907) où nous avons noté le pouls dans les suites de couches. L'apyrexie ne fut pas absolument complète, cependant on y devine le pouls de Mahler. Nous regrettons de ne pouvoir donner d'autres tracés, le pouls, dans les observations n'étant noté qu'une fois la phlébite déclarée.

Une fois la phlébite reconnue cliniquement, on voit la température et le pouls osciller, celui-ci dans des proportions moindres, et l'accélération du pouls subsiste pendant un certain temps après la disparition de la fièvre.

Quant à la tension artérielle, elle ne semble pas présenter de caractères particuliers.

---

embolie. » (*Deutsches Arch. für Klinische Medizin*, 85 B. 1-2 Heft. 4 octobre 1905.)

2. *In* thèse Vaney. Nancy, 1906.

# OBSERVATIONS

## Albuminurie

### Albuminurie sans hypertension

1270 de 1907. — *Albuminurie légère*

T... Augustine, 25 ans. I-pare. D. R. : 15-19 novembre.

Entre à la Clinique le 10 août. Albumine = 0,25.

11 août : P. = 64 TA. = 15

Accouche à 7 heures soir.

Délivrance. — *Pas de foyers hémorragiques* au niveau du placenta.

12 août : P. = 68 TA. = 15

13 — : P. = 64 TA. = 15,5 pas d'albumine.

14 — : P. = 60 TA. = 15,5

15 — : P. = 64 TA. = 15

16 — : P. = 56 TA. = 15,5

17 — : P. = 60 TA. = 15,5

Température normale.

1283 de 1907. — *Albuminurie légère*

R... Marguerite, trente ans. I-pare.

D. R. ; 28-31 octobre.

Au début de la grossesse : Vomissements. Régime lacté. Pas d'albumine.

3 juillet : Albuminurie légère.

10 août : Entre à la Clinique : traces d'albumine.

11 — : P. = 92 TA. = 14,5

12 — : P. = 88 TA. = 14,5 U. = 1.250 gr. = Alb. = traces.
13 — : P. = 88 TA. = 14,5 Traces d'albumine.
14 — : P. = 104 TA. = 14,5 En travail depuis 4 heures matin.

Accouche à 11 heures soir.

*Délivrance* : Trente minutes après. Le placenta ne présente pas d'altérations.

15 — : P. = 90 TA. = 15 Traces d'albumine.
16 — : P. = 88 TA. = 15
17 — : P. = 88 TA. = 14 Plus d'albumine.
19 — : P. = 96 TA. = 15,5
20 — : P. = 80 TA. = 15,5
24 — : P. = 80 TA. = 13,5

Température normale depuis le 17.

1296 de 1907. — *Albuminurie légère*

M.. Hélène, vingt-huit ans, III-pare.

Grossesses antérieures : 1er à terme ; 2e au huitième mois. Pyélonéphrite pendant cette grossesse (obs. 582 de 1905).

Grossesse actuelle : D. R. : 16-19 novembre.

Entre à la Clinique le 8 août.

8 août : P. = 92 TA. = 15
9 — : P. = 84 TA. = 13 Traces d'albumine
10 — : P. = 92 TA. = 13,5 Alb. = 0,25
11 — : P. = 96 TA. = 13,5 Traces d'alb. U. = 750
12 — : P. = 100 TA. = 14 —
13 — : P. = 104 TA. = 14 — U. = 1.250
14 — : P. = 88 TA. = 15 —
15 — : P. = 84 TA. = 15,5 —
16 — Pendant travail : P. = 76 TA. = 16,5
Entre accouchement et délivrance : P. = 92 TA. = 15
Après la délivrance : P. = 80 TA. = 14,5.
Placenta : ne présente pas de lésions macroscopiques.
17 — : P. = 80 TA. = 15 T. = 38
19 — : P. = 76 TA. = 14
21 — : P. = 76 TA. = 15

23 — : P. = 72 TA. = 15
24 — : P. = 72 TA. = 14
25 — : P. = 84 TA. = 14,5
Température normale depuis le 17.

1585 de 1907. — *Albuminurie*
T... Françoise, vingt-huit ans, I-pare.
D. R. : 12-15 janvier.
Entre le 9 octobre : Albumine = 3 grammes.
P. = 90 TA. = 15
10 octobre : P. = 100 TA. = 18 En travail.
5 heures soir. Accouchement. Enfant 3o5o.
Délivrance : Placenta 35o. Pas d'altérations.
Après : P. = 84.
11 octobre : P. = 96 TA. = 14
13 — : P. = 104 TA. = 13 Alb. : 1 gr.
14 — : P. = 108 TA. = 14,5
15 — : P. = 120 TA. = 15,5 Alb. : 0,25
16 — : P. = 108 TA. = 15,5
17 — : P. = 104 TA. = 14,5
18 — : P. = 92 TA. = 15 Alb. : 0,50
19 — : P. = 84 TA. = 13,5 Pas d'albumine.
Suite de couches : le 15 soir T. = 40°2. Constipation. Purgatif. Température normale les autres jours.

65 de 1908. — *Albuminurie persistante sans hypertension.* — *Asystolie pendant la période d'expulsion.* — (*Cypho-scoliose.*)
V. Maria, vingt-quatre ans, I-pare.
DR. : 17 mars. Rachitisme : cypho-scoliose très accentuée.
16 juillet. Entre à la clinique parce qu'elle a une grande quantité d'albumine dans les urines. (9 grammes).
17 juillet : U. = 1.000 P. = 96 TA. = 15 Alb. 1 gr. 50
18 — : U. = 1.000 P. = 100 TA. = 14.5
19 — : U. = ? P. = 112 TA. = 15
20 — : U. = 750 P. = 120 TA. = 14,5
21 — : U. = ? P. = 112 TA. = 13 Alb. = 0

Quitte la clinique.

31 — : Revient parce qu'elle a de nouveau de l'albumine.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1er août | U. = 1.500 | A. = | P. = 104 | TA. = 14 |
| 2 — | U. = 1.500 | | P. = 120 | TA. = 14,5 |
| 3 — | U. = 1.500 | A. = 0,50 | P. = 92 | TA. = 14 |
| 4 — | U. = — | | P. = 96 | TA. = 15 |
| 5 — | U. = 1.250 | A. = 0,25 | P. = 96 | TA. = 13,5 |
| 6 — | U. = 1.250 | A. = 0,25 | P. = 84 | TA. = 13,5 |
| 7 — | U. = 1.250 | A. = 0,25 | P. = 96 | TA. = 13 |
| 8 — | U. = 2.500 | A. = 2,50 | P. = 100 | TA. = 15,5 |
| 9 — | U. = 1.000 | A. = 0,50 | P. = 108 | TA. = 15.5 |
| 10 — | U. = 1.250 | A. = traces | P. = 112 | TA. = 14,5 |
| 11 — | U. = 1.000 | A. = traces | P. = 108 | TA. = 14,5 |
| 12 — | U. = 750 | A. = 0,25 | P. = 100 | TA. = 13,5 |

Quitte la clinique :

21 août : Entre de nouveau :

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 21 — | U. = | | P. = 72 | TA. = 13 |
| 22 — | U. = | | P. = 104 | TA. = 13,5 |
| 23 — | U. = | | P. = 88 | TA. = 13 |
| 24 — | U. = 1.000 | A. = 0,50 | P. = 88 | TA. = 14,5 |
| 25 — | U. = | | P. = 100 | TA. = 13,5 |
| 26 — | U. = | | P. = 104 | TA. = 14 |
| 27 — | U. = 2.000 | A. = 0,25 | P. = 96 | TA. = 13,5 |
| 28 — | U. = 2.000 | A. = 0,25 | P. = 84 | TA. = 15,5 |
| 29 — | U. = | | P. = 96 | TA. = 15 |
| 7 octob. | U. = 2.000 | A. = 0,50 | P. = 116 | TA. = 15 |
| 8 — | U. = 1.500 | A. = 0,50 | P. = 108 | TA. = 15,5 |
| 9 — | U. = 1.500 | A. = 0,25 | P. = 104 | TA. = 15,5 |
| 10 — | U. = 1.500 | A. = traces | P. = 116 | TA. = 15 |
| 11 — | U. = 2.000 | A. = 1 gr. | P. = 112 | TA. = 15,5 |
| 12 — | : | | | |
| 13 — | : | | | |
| 14 — | U. = 1.500 | A. = 0,25 | P. = 108 | TA. = 15,5 |
| 15 — | U. = 1.500 | A. = 0,25 | P. = 112 | TA. = 15,5 |
| 16 — | U. = 1.500 | A. = 0,25 | P. = 104 | TA. = 15 |
| 17 — | U. = 1.500 | A. = 0,25 | P. = 108 | TA. = 13 |
| 18 — | U. = 1.500 | A. = 0,25 | P. = 112 | TA. = 15,5 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 19 | — | : U. = 1.200 | A. = 0,25 | P. = 104 | TA. = 14,5 |
| 20 | — | : | | P. = 108 | TA. = 15 |
| 21 | — | : | A. = 0,25 | P. = 108 | TA. = 15 |
| 22 | — | : U. = 1.500 | A. = 0,25 | P. = 100 | TA. = 15,5 |
| 23 | — | : U. = 1.500 | A. = 0,50 | P. = 96 | TA. = 15 |
| 24 | — | : U. = 1.500 | A. = 0,50 | P. = 104 | TA. = 14,5 |
| 25 | — | : U. = 1.200 | A. = 0,25 | P. = 104 | TA. = 14,5 |
| 26 | — | : U. = 1.000 | A. = | P. = 104 | TA. = 14,5 |
| 27 | — | : U. = 1.500 | A. = 0,25 | P. = 120 | TA. = 13,5 |
| 28 | — | : U. = 1.000 | A. = traces | P. = 108 | TA. = 15,5 |
| 29 | — | : U. = 1.000 | A. = 0,25 | P. = 104 | TA. = 15,5 |
| 30 | — | : U. = 2.000 | A. = 0,25 | P. = 108 | TA. = 15 |
| 31 | — | : | | | |
| 1er | nov. | : | | | |
| 2 | — | : | | | |
| 3 | — | : U. = 2.000 | A. = 0,25 | | |
| 4 | — | : U. = 2.000 | A. = 0,25 | P. = 96 | TA. = 15 |
| 5 | — | : U. = 1.500 | A. = 0,25 | P. = 108 | TA. = 14,5 |
| 6 | — | : U. = 1.500 | A. = 0,25 | P. = 108 | TA. = 14,5 |
| 7 | — | : U. = 2.000 | A. = 1 gr. | P. = 116 | TA. = 14,5 |
| 8 | — | : U. = 2.000 | A. = 0,25 | P. = 104 | TA. = 14 |
| 9 | — | : U. = 1.500 | A. = 0,25 | P. = 116 | TA. = 15.5 |
| 10 | — | : U. = 1.500 | A. = traces | P. = 104 | TA. = 15,5 |
| 11 | — | : U. = 1.500 | A. = 0,25 | P. = 104 | TA. = 14 |
| 12 | nov. | : U. = 1.500 | A. = 0,25 | P. = 112 | TA. = 14 |
| 13 | — | : U. = 2.000 | A. = 1 | P. = 104 | TA. = 14,5 |
| 14 | — | : U. = 2.000 | A. = 0,25 | P. = 108 | TA. = 15,5 |
| 15 | — | : U. = 1.500 | A. = 0,50 | P. = 124 | TA. = 15 |
| 16 | — | : U. = 1.000 | A. = 0,50 | P. = 112 | TA. = 14,5 |
| 17 | — | : | | | |
| 18 | — | : | | | |
| 19 | — | : U. = 2.000 | A. = 0,75 | P. = 100 | TA. = 14 |
| 20 | — | : U. = 1.500 | A. = 0,25 | P. = 112 | TA. = 13 |
| 21 | — | : U. = 1.500 | A. = 0,50 | P. = 100 | TA. = 13,5 |
| 22 | — | : U. = 1.500 | A. = 0,50 | P. = 116 | TA. = 12,5 |
| 23 | — | : | | | |
| 24 | — | : | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 25 — | : U. = 1.500 | A. = 0,25 | P. = 96 | TA. = 13,5 |
| 26 — | : U. = 2.000 | A. = 0,50 | P. = 108 | TA. = 14,5 |
| 27 — | : U. = 1.500 | A. = traces | P. = 92 | TA. = 13,5 |
| 28 — | : U. = 1.500 | A. = 0,50 | P. = 104 | TA. = 14,5 |
| 29 — | : U. = 1.200 | A. = 0,25 | P. = 108 | TA. = 15 |
| 30 — | : U. = 2.000 | A. = 0.50 | P. = 112 | TA. = 14,5 |
| 1er déc. : | | | | |
| 2 — | : U. = 1.500 | A. = 0,25 | P. = 120 | TA. = 14 |
| 3 — | : | | | |
| 4 — | : U. = 1.500 | A. = traces | P. = 96 | TA. = 14 |
| 5 — | : U. = 1.500 | A. = traces | P. = 120 | TA. = 15 |
| 6 — | : U. = 1.500 | A. = traces | P. = 100 | TA. = 15,5 |
| 7 — | : U. = 1.500 | A. = 0,50 | P. = 108 | TA. = 15 |
| 8 — | : | | | |
| 9 — | : U. = 1.500 | A. = 0,25 | P. = 102 | TA. = 14,5 |
| 10 — | : U. = 2.000 | A. = 0,75 | P. = 116 | TA. = 15 |
| 11 — | : U. = 2.000 | A. = 1 | P. = 108 | TA. = 14,5 |
| 12 — | : U. = 1.500 | A. = 0,75 | P. = 112 | TA. = 14,5 |
| 13 — | : U. = 1.500 | A. = 0,75 | P. = 112 | TA. = 14,5 |
| 14 — | : U. = 2.000 | A. = 0,50 | P. = 104 | TA. = 15 |
| 15 — | : U. = 2.000 | A. = 0,50 | P. = 108 | TA. = 15,5 |
| 16 — | : U. = 2.000 | A. = 1 | P. = 116 | TA. = 13 |
| 17 — | : U. = 2.000 | A. = 0,75 | P. = 100 | TA. = 14 |
| 18 — | : U. = 1.500 | A. = 1 | P. = 112 | TA. = 14,5 |
| 19 — | : U. = 1.500 | A. = 0,75 | P. = 122 | TA. = 14 |
| 20 — | : U. = 2.000 | A. = 0,50 | P. = 104 | TA. = 14 |
| 21 — | : U. = 2.000 | A. = 1,50 | P. = 128 | TA. = 14,5 |
| 22 — | : U. = 2.000 | A. = ? | P. = 108 | TA. = 14 |
| 23 — | : U. = 2.000 | A. = 1 | P. = 120 | TA. = 13,5 |
| 24 — | : U. = 2.500 | A. = 1 | P. = 124 | TA. = 13,5 |
| 25 — | : | | | |
| 26 — | : U. = 2.000 | | P. = 104 | TA. = 15 |
| 27 — | : U. = 2.000 | A. = 1 | P. = 100 | TA. = 13,5 |
| 28 — | : U. = 2.000 | A. = 1 | P. = 94 | TA. = 14 |
| 29 — | : U. = 2.000 | A. = 1 | P. = 120 | TA. = 14 |
| 30 — | : U. = 2.000 | A. = 1 | P. = 104 | TA. = 14 |
| 31 — | : U. = ? | | | |

1er janv. 1908.

2 — :

3 — : U. = 2.000 A. = 1 P. = 88 TA. = 14

4 — : U. = 2.000 A. = 1 P. = 84 TA. = 13,5

5 — : U. = 2.000 A. = 1,50 P. = 112 TA. = 14

6 — : U. = 2.000 A. = 1,50 P. = 116 TA. = 13,5

7 — : U. = 1.500 A. = 1,50 P. = 108 TA. = 15

8 — : U. = 1.500 A. = ? P. = 112 TA. = 13

9 — : U. = 1.000 A. = 4 P. = 108 TA. = 13

Soir : Début du travail : P. = 108 TA. = 15,5

10 — 9 heures matin : Dilat. 5 fr. : P. = 96 TA. = 15,5

Pendant contraction utérine : P. = 104 TA = 18

Période d'expulsion : entre les efforts : TA = 19 P. = 120

Pendant l'effort : TA. = 21

2 heures soir. — La femme se plaint de gêne respiratoire. Cyanose intense.

Forceps : sous chloroforme. Au début : asystolie. Saignée : 250 grammes.

Délivrance artificielle : le placenta ne présente pas d'infarctus.

Après la délivrance : P. = 140 TA. = 14. Oxygène.

6 heures soir : P. = 120 TA. = 14,5

Minuit P. = 118

11 — 2 heures matin : P. = 112

6 — — P. = 112

9 — — P. = 100 TA. = 13 Alb. : + de 7 gr.

12 janv. : P. = 96 — 104

13 — : P. = 108 TA. = 15

14 — : P. = 100 TA. = 15 Albumine = 1 gr. 50

15 — : P. = 92 TA. = 14 Urines = 1.000 gr.

17 — : P. = 80 TA. = 14

18 — : P. = 92 TA. = 13 U. = 1.000 Alb. = 0,50

19 — : P. = 88 TA. = 14

Le pouls se maintient à 80 et la tension artérielle à 14.

30 janvier. — L'albumine disparaît.

La femme est prise comme nourrice à la clinique Baudelocque.

Cette femme, pendant toute la durée de sa grossesse, avait présenté de la dyspnée parfois même de l'orthopnée. Vers le 1er décembre elle eut quelques foyers de congestion vers les bases des deux poumons. Malgré cela, elle a pu mener sa grossesse à terme.

### 2° Albuminurie avec hypertension

1224 de 1907. — *Albuminurie de la grossesse*

B... Madeleine, vingt et un ans. I-pare.

D. R. : 1-3 novembre.

Entre à la clinique le 23 juillet.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 24 juil. | P. = 96 | TA. = 13,5 | Alb. = 1,50 | | |
| 25 — | P. = 84 | TA. = 17 | Alb. = 1,50 | Céphal. int. | |
| 27 — | P. = 84 | TA. = 14,3 | Alb. = 1,50 | | |
| 28 — | P. = 96 | TA. = 16 | ? | U. = 1.500 | |
| 29 — | P. = 96 | TA. = 17 | Alb. = 1,50 | U. = 1.500 | |
| 30 — | P. = 100 | TA. = 14,5 | Alb. = 2 | U. = 1.500 | |
| 31 — | P. = 84 | TA. = 13,5 | Alb. = 1,50 | U. = 1.500 | |
| 1er août | P. = 96 | TA. = 13,5 | Alb. = 2 | U. = 1.250 | |
| 2 — | P. = 108 | TA. = 13 | Alb. = 1,50 | U. = 1.250 | |
| 3 — | P. = 92 | TA. = 13,5 | Alb. = 2 | U. = 1.500 | |
| 4 — | P. = 100 | TA. = 14,5 | Alb. = 1,50 | U. = 1.500 | |

11 heures soir : Accouchement.

Délivrance : infarctus anciens et récents.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 5 — | P. = 92 | TA. = 13,5 | Alb. = 1,50 | U. = ? | |
| 6 — | P. = 92 | TA. = 13 | Alb. = 4 | U. = 1.250 | |
| 7 — | P. = 100 | TA. = 13,5 | Alb. = 1,50 | U. = 1.750 | |
| 8 — | P. = 110 | TA. = 13,5 | Alb. = 0,75 | U. = 2.000 | |
| | | | Céphalée | | |
| 9 — | P. = 116 | TA. = 13,5 | Alb. = 0,50 | U. = ? | |
| 10 — | P. = 100 | TA. = 13,5 | Alb. = 0,50 | U. = 1.000 | |
| 11 — | P. = 112 | TA. = 14 | Alb. = 1 | U. = 1.000 | |

12 — : P. = 88 TA. = 14 Alb. = 1 U. = 2.250
13 — : P. = 108 TA. = 15,5 Alb. = traces U. = 1.500
14 — : P. = 92 TA. = 14,5 Alb. = O U. = ?
Suites apyrétiques.

1261 de 1907. — *Albuminurique*

D... Louise, vingt-trois ans. I-pare.
D. R. : 12-14 novembre.
Entre à la clinique Baudelocque le 6 août.
Albumine 8 gr. Céphalée. Douleur épigastrique.
P. = 88 TA. = 19 Eau-de-vie allemande. Régime lacté.
7 août : P. = 68 TA. = 18,5 Alb. = 5
8 — : P. = 68 TA. = 18,5 Alb. = 7 U. = 1.250
9 — : P. = 72 TA. = 18 Alb. = ? U. = ?
10 — : Contractions utérines douloureuses à 4 h. matin. U. = ? A. = 3 gr.
9 h. : pendant travail : P. = 96 TA. = 17
11 h. 15 : pendant expulsion : P. = 92 TA. = 19,5
12 h. 15 : après la délivrance : P. = 88 TA. = 16
(Foyers hémorragiques au niveau du placenta.)

| | | | | | gr. | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 11 août : | P. = 76 | TA. = 15,5 | A. = 2,50 | U. = ? | | |
| 12 — : | P. = 84 | TA. = 15 | A. = 2 | U. = 3 litres | | |
| 13 — : | P. = 60 | TA. = 14,5 | A. = 2 | U. = 2.500 | | |
| 14 — : | P. = 80 | TA. = 15,5 | A. = 2 | U. = 1.000 | | |
| 15 — : | P. = 76 | TA. = 15,5 | A. = 2 | | | |
| 16 — : | P. = 88 | TA. = 15,5 | A. = 2 | | | |
| 17 — : | P. = 84 | TA. = 14 | | | | |
| 18 — : | P. = 84 | TA. = 16 | A. = 6 | | | |
| 19 — : | P. = 80 | TA. = 14 | | | | |
| 20 — : | P. = 72 | TA. = 13 | A. = 3 | (Polynucléaires) | | |
| 21 — : | P. = 60 | TA. = 14,5 | A. = 1,50 | | | |
| 22 — : | P. = 76 | TA. = 13 | A. = 1 | | | |
| 23 — : | P. = 92 | TA. = 15,5 | A. = 1 | | | |
| 25 — : | P. = 84 | TA. = 14 | A. 0,25 | | | |
| 26 — : | P. = 72 | TA. = 15,5 | A. = 0,25 | | | |

27 — : P. = 80 TA. = 15 A. = 0,50
Suites de couches apyrétiques.

1262 de 1907. — *Albuminurie.*

H... Augustine, vingt-six ans. I-pare.

D. R. : 24-25 octobre.

Céphalées, douleurs épigastriques depuis avril. Albumine.

Entre à la clinique Baudelocque le 9 août.

Premières contractions utérines douloureuses à 11 h. soir.

10 août : P. = 72 TA. = 18,5 En travail.
Accouche à 2 heures soir.
Délivrance : nombreux foyers hémorragiques.
P. = 88.

12 — : P. = 102 TA. = 18
13 — : P. = 108 TA. = 16,5 T. = 37°6
14 — : P. = 112 TA. = 17 T. = 37°3 Crevasses du sein
15 — : P. 120 TA. = 16 Alb. = 0,50
16 — : P. = 124 TA. = 16 T. = 38°4
17 — : P. = 120 TA. = 14,5
18 — : P. = 116 TA. = 15
19 — : P. = 104 TA. = 15 Polynucléaires

1266 de 1907. — *Albuminurie*

Ch... Marguerite, vingt-sept ans. I-pare.

D. R. : 30 septembre, 1er octobre.

*Céphalées.* — Douleur épigastrique depuis décembre.

10 août. — Entre à la clinique Baudelocque à 11 heures soir, ayant des contractions utérines douloureuses depuis 9 heures soir.

11 août. — Accouchement à 3 h. 15 matin. Albumine = 3 grammes.

*Délivrance.* — Foyers hémorragiques anciens et récents.

Après, P. = 72.

9 heures matin : P. = 96 TA. = 17.

12 août : P. = 92 TA. = 18

13 — : P. = 120 TA. = 17 traces d'albumine.

14 — : P. = 96 TA. = 18
15 — : P. = 92 TA. = 16,5
16 — : P. = 88 TA. = 15,5
17 — : P. = 84 TA. = 15
Suites de couches apyrétiques.

1324 de 1907. — *Albuminurie transitoire de la grossesse*
R... Juliette, trente-huit ans. IV-pare.
*Grossesses antérieures.* — Toutes à terme.
*Grossesse actuelle.* — D. R. : 20-23 novembre.
18 juillet. — Consultation : pas d'albumine.
1er août. — Consultation : albumine.
6 août. — Consultation : pas d'albumine. Œdème des membres inférieurs. Céphalée. Entre à la clinique.
7 août : P. = 92 TA. = 17,5
8 — : P. = 80 TA. = 17,5
9 — : P. = 96 TA. = 15,5
10 — : P. = 80 TA. = 16
11 — : P. = 92 TA. = 17
12 — : P. = 92 TA. = 18,5
13 — : P. = 84 TA. = 18
15 — : P. = 80 TA. = 18
16 — : P. = 76 TA. = 18
17 — : P. = 84 TA. = 19,5
19 — : P. = 76 TA. = 18,5
20 — : Accouchement. HU. = 39
Enfant : 4.650 grammes.
Placenta : 580 grammes : Infarctus anciens et récents.
Après la délivrance : P. = 76.
21 — : P. = 72 TA. = 16,5
23 — : P. = 80 TA. = 17,5
24 — : P. = 68 TA. = 17
25 — : P. = 64 TA. = 16,5
26 — : P. = 84 TA. = 16
27 — : P. = 76 TA. = 16
28 — : P. = 80 TA. = 15
Suites de couches apyrétiques.

1332 de 1907.— *Albuminurie intense. Accouchement prématuré*

L... Madeleine, 24 ans. I-pare.

D. R. : 3-5 décembre.

12 août. — Entre à la clinique : Albumine : 8 grammes. Vomissements. Œdèmes. Céphalée. Douleurs épigastriques fugaces. Troubles visuels.

*Cœur.* — Dédoublement du deuxième bruit.

13 août : P. = 88 TA. = 21
14 — : P. = 112 TA. = 22,5 U. = 500 gr. A. = 7 gr.
15 — : P. = 72 TA. = 23,5 U. = ? A. = 6 gr.
(Eau-de-vie allemande).
16 — : P. = 64 TA. = 21 U. = 500 gr. A. = 6 gr.
17 — : P. = 80 TA. = 20 U. = 750 gr. A. = 5 gr.
18 — : P. = 76 TA. = 19,5 U. = 750 gr. A. = 2 gr.
19 — : P. = 76 TA. = 23 U. = 750 gr. A. = 2 gr. 50
20 — : P. = 100 TA. = 23 U. = 750 gr. A. = 2 gr. 50
21 — : P. = 76 TA. = 19 U. = 900 gr. A. = 2 gr. 50
22 août : Pendant travail : P. = 76 TA. = 19,5 A. = 2 gr.
Après l'accouchement : P. = 70 TA. = 19,5
Après la délivrance : P. = 78

Placenta : présente de nombreux infarctus récents et anciens.

23 août : P. = 84 TA. = 19
24 — : P. = 96 TA. = 19,5 U. = 2.000 gr. A. = 1 gr.
25 — : P. = 100 TA. = 19 U. = 2.000 gr. A. = 0 gr. 50
26 — : P. = 108 TA. = 17 U. = 2.000 gr. A. = 0 gr. 50
27 — : P. = 84 TA. = 17,5 U. = 2.000 gr. A. = 0 gr. 50
28 — : P. = 100 TA. = 17 U. = ? A. = 0
29 — : P. = 100 TA. = 17 U. = ? A. = 0

Suites de couches apyrétiques.

1485 de 1907. — *Albuminurie*

Marie L..., vingt-neuf ans. I-pare. Entre pour albuminurie.

D. R. : 12-16 décembre.

15 août : P. = 84 TA. = 23

16 — : P. = 60 TA. = 23
17 — : P. = 68 TA. = 22,5 U. = 2.750 A. = 2 gr. 50
Céphalée intense. Troubles visuels.
18 — : P. = 72 TA. = 19 U. = 1.000 A. = 1 gr.
Eau de vie allemande : 10 gr.
19 — : P. = 80 TA. = 18 U. = 750 A. = 3 gr.
20 — : P. = 76 TA. = 17 U. = 1.250 A. = 2 »
21 — : P. = 72 TA. = 19,5 U. = 1.500 A. = 1 »
22 — : P. = 68 TA. = 18,5 U. = 2.000 A. = 1 »
23 — : P. = 68 TA. = 18 U. = 1.500 A. = 1 »
24 — : P. = 60 TA. = 18,5 U. = 2.250 A. = 1 »
25 — : P. = 60 TA. = 16 U. = 2.500 A. = 1 »
26 — : P. = 72 TA. = 17 U. = 2.500 A. = 0,75
27 — : P. = 68 TA. = 21 U. = 1.000 A. = 0,75
Eau de-vie allemande = 10 gr.
28 — : P. = 64 TA. = 18 U. = 1.000 A. = 0,75
29 — : P. = 68 TA. = 20,5 U. = 1.500 A. = 0,75

Du 29 août au 21 septembre : la quantité d'albumine oscille entre 0 gr. 75 et 1 gr. 50. Les urines entre 1.000 et 1.500. Régime lacté absolu.

22 septembre. — Accouchement : Enfant 2.600 gr.
Délivrance : Placenta : Foyers hémorragiques.
Suites de couches : apyrétiques.
L'albumine disparaît le 2 octobre.

1609 de 1907. — *Albuminurie*

V. Lucie, vingt-trois ans. I-pare.
D. R. : 9-15 janvier.
Vomissements dans les deux premiers mois.
Céphalée depuis un mois.
14 octobre. — Accouchement normal.
Délivrance : Foyers hémorragiques au niveau du placenta.
Après l'accouchement P. = 88.
Suites de couches : apyrétiques.
15 octob. : P. = 76 TA. = 18,5
16 — : P. = 108 TA. = 17 A. = 0,50
17 — : P. = 104 TA. = 16,5 A. = traces

18 — : P. = 88 TA. = 15,5 A. = 0
19 — : P. = 80 TA. = 17
20 — : P. = 76 TA. = 17,5 A. = traces
22 — : P. = 68 TA. = 18,5 A. = traces

1635 de 1907. — *Albuminurie*

G... Joséphine, trente-trois ans. I-pare.

D. R. : 2-6 janvier.

3 octobre : On constate de l'albumine dans les urines pour la première fois.

7 octob. : P. = 92 TA. = 20,5
8 — : P. = 84 TA. = 20,5
9 — : P. = 76 TA. = 19,5
10 — : P. = 80 TA. = 20,5
11 — : P. = 84 TA. = 19,5
12 — : P. = 76 TA. = 19
14 — : P. = 76 TA. = 19
15 — : P. = 68 TA. = 18
18 — : Début du travail à 11 heures soir.
19 — : Accouchement : (Siège). Enfant : 2.360 grammes.

Délivrance : Placenta : 320 grammes. Foyers hémorragiques.

P. = 80 TA. = 17
20 — : P. = 68 TA. = 17,5 pas d'albumine.
22 — : P. = 96 TA. = 18
23 — : P. = 96 TA. = 18,5
24 — : P. = 100 TA. = 18 pas d'albumine.
25 — : P. = 96 TA. = 18,5
26 — : P. = 80 TA. = 16

Suites de couches apyrétiques.

1728 de 1907. — *Albuminurie*

S... Ernestine, vingt-deux ans. I-pare.

D. R. : 29 janvier-5 février.

Vomissements pendant les premiers mois. Céphalées depuis le début de la grossesse.

2 novembre. — Entre au dortoir de la clinique Baudelocque.

4 nov. : P. = 72 TA. = 16 A. = 0,25 U. = 1.000 gr.
5 — : P. = 76 TA. = 18 pendant le travail.

Accouchement à 2 heures soir.

Délivrance : Placenta : Foyers hémorragiques anciens.

6 nov. : P. = 84 TA. = 16,5
7 — : P. = 84 TA. = 15,5
8 — : P. = 108 TA. = 14,5
9 — : P. = 96 TA. = 13,5 traces d'albumine.
10 — : P. = 72 TA. = 13,5 Il n'y a plus d'albumine.
11 — : P. = 84 TA. = 13,5 T. = 37°6.
12 — : P. = 76 TA. = 14,5
13 — : P. = 68 TA. = 15

1854 de 1907. — *Albuminurie*

P... Marguerite, vingt-cinq ans. I-pare.

D. R. : 30 mars-2 avril.

Entre à la clinique parce qu'elle a des vertiges, des étourdissements, des troubles de la vue et de l'albumine dans les urines (8 grammes).

Régime lacté. Eau-de-vie allemande : 10 grammes.

12 nov. : A. = 7 gr. TA. = 17 P. = 72
13 — : A. = 4 gr. TA. = 17 P. = 72
14 — : A. = 3 gr. TA. = 15 P. = 76
15 — : A. = 3 gr. TA. = 15 P. = 72
16 — : A. = 2 gr. 50 — —
17 — : — TA. = 14 P. = 80
18 — : A. = 3 gr. TA. = 15 P. = 72
19 — : A. = 2 gr. TA. = 14 P. = 68 U. = 1.000 gr.
20 — : — TA. = 12,5 P. = 72
21 — : A. = 2 gr. TA. = 13 P. = 86
24 — : A. = 3 gr. — — U. = 1.500 gr.
25 — : A. = 4 gr. 50 TA. = 13 P. = 108 U. = 1.500 gr.
26 — : En travail : P. = 100. TA. = 14. A. = 2 grammes.

Accouchement normal.

*Placenta.* — Foyers hémorragiques anciens et récents.

Suites de couches apyrétiques.

28 nov. : P. = 96 TA. = 13
30 — : P. = 104 TA. = 12,5
2 déc. : P. = 72 TA. = 12,5
4 — : P. = 80 TA. = 12,5

La quantité d'albumine oscille entre 1 et 4 grammes, les urines entre 1.000 et 1.500 grammes.

La femme quitte le service ayant encore 1 gramme d'albumine.

1997 de 1907. — *Albuminurie*

B... Antoinette, trente-six ans. I-pare.

D. R. : 12-18 mars.

Consultation pour la première fois le 18 novembre. On constate de l'albumine dans les urines. Elle est hospitalisée au dortoir de la clinique.

Céphalée. Douleurs épigastriques. Troubles visuels. Œdème léger. Purgatif drastique. Flanelle.

20 nov. : TA. = 18,5 P. = 84 U. = 750 gr. A. = 3 gr.
21 — : TA. = 19,5 P. = 64 U. = 1.000 gr. A. = 2 gr. 50
Céphalée.
22 — : TA. = 19 P. = 80 U. = 1.250 gr. A. = 1 gr.
Epistaxis.
25 — : TA. = 18,5 P. = 92 U. = 1.500 gr. A. = 0 gr. 50
Céphalée. Vertiges. Troubles visuels.
27 — : TA. = 18,5 P. = 72 U. = 1.000 gr. A. = 0 gr. 50
28 — : TA. = 19 P. = 68 U. = 1.000 gr. A. = 0 gr. 25
29 — : TA. = 18 P. = 80 U. = 1.000 gr. A. = 0 gr. 50
30 — : TA. = 18 P. = 80 U. = 1.000 gr. A. = 0 gr. 25
2 déc. : TA. = 18 P. = 72 U. = 3.000 gr. A. = 0 gr. 50
3 — : TA. = 16,5 P. = 68 U. = 1.000 gr. A. = ?
4 — : TA. = 17,5 P. = 64 U. = 1.250 gr. A. = 0 gr. 25
Céphalée.
5 — : TA. = 17,5 P. = 64 U. = 1.500 gr. A. = 0 gr. 50
6 — : TA. = 16,5 P. = 64 U. = 1.250 gr. A. = 0 gr. 50
7 — : TA. = 16,5 P. = 72 U. = 1.000 gr. A. = traces

9 — : TA. = 18 P. = 68 U. = 3.000 gr. A. = traces
10 — : TA. = 18 P. = 60 U. = 1.750 gr. A. = 0 gr. 25
11 — : TA. = 17,5 P. = 72 U. = 1.500 gr. A. = 0 gr. 25
12 — : TA. = 17 P. = 60 U. = 1.500 gr. A. = 0 gr. 25
13 — : TA. = 16,5 P. = 68 U. = 1.500 gr. A. = 0 gr. 25
14 — : TA. = 15 P. = 84 U. = 1.750 gr. A. = traces
15 — : TA. = 16 P. = 84 U. = 1.500 gr. A. = 0
Autorisation de manger.
16 — : TA. = 16 P. = 76 U. = 1.250 gr. A. = 0
(Tension prise avant les repas).
17 — : TA. = 20 P. = 72 U. = 1.500 gr. A. = 0 gr. 25
Céphalée.
18 — : TA. = 20 P. = 76 U. = 1.750 gr. A. = 0 gr. 50
19 — : TA. = 18 P. = 76 U. = 2.000 gr. A. = 0 gr. 25
20 — : En travail : céphalée.

Dilatation de 5 francs : TA. = 17,5. P. = 72.

Dilatation d'une grande paume : avant la contraction : TA. = 17,5.

Dilatation d'une grande paume ; après la contraction : TA. = 18,5.

Après la délivrance : P. = 84.

Enfant : 2.300 grammes. Placenta : 470 grammes. Foyers hémorragiques.

21 déc. : TA. = 16 P. = 72 U. = 800 gr.
22 — : TA. = 15 P. = 68
23 — : TA. = 14,5 P. = 80 U. = 1.500 gr. A. = traces
Céphalée.
24 — : TA. = 15 P. = 84 U. = 1.000 gr. A. = traces
La malade mange.
26 — : TA. = 16 P. = 80
Reprise du régime lacté.
27 — : TA. = 15 P. = 80 U. = 1.250 gr. A. = traces
28 — : TA. = 15 P. = 76 U. = 2.500 gr. A. = traces
29 — : TA. = 15 P. = 88 U. = 3.000 gr. A. = traces
30 — : TA. = 15 P. = 88 U. = 2.000 gr.
3 janv. : TA. = 14 P. = 88 A. = 0
4 — : TA. = 15 P. = 80 U. = 2.500 gr. A. = 0

5 — : TA. = 14 P. = 88 U. = 1.500 gr.
6 — : TA. 13,5 P. = 88 U. = 2.000 gr. A. = traces
7 — : TA. = 14,5 P. = 84 U. = 1.500 gr. A. = traces
8 — : TA. = 14,5 P. = 88 A. = traces
9 — : TA. = 14 P. = 88 U. = 1.000 gr. A. = traces
10 — : TA. = 14 P. = 84 U. = 1.500 gr. A. = 1 gr. 50

Sort le 12 janvier ayant encore des traces d'albumine.

Suites de couches apyrétiques.

2032 de 1907. — *Albuminurie. Accouchement prématuré au neuvième mois.*

B... Valentine, vingt ans et demi. I-pare.

D. R. : 23-28 mars.

18 novembre. — Entre au dortoir pour albuminurie. Bouffissure de la face.

Purgatif drastique. Régime lacté.

25 nov. : P. = 72 TA. = 15 A. = 0,25 U. = 1.500
26 — : P. = 60 TA. = 14,5 A. = trace U. = 1.000
27 — : P. = 72 TA. = 14 A. = 0,25 U. = 2.000
28 — : P. = 64 TA. = 14,5 A. = 0,50 U. = 730
29 — : P. = 56 TA. = 16 A. = 0,25 U. = 1.500
30 — : P. = 72 TA. = 15 A. = 0,50 U. = 1.000
2 déc. : P. = 72 TA. = 15 A. = 0,50 U. = 1.000
3 — : P. = 72 TA. = 14 A. = ? U. = 1.500
4 — : P. = 60 TA. = 16 A. = 0,75 U. = 750
5 — : P. = 72 TA. = 15,5 A. = 0,50 U. = 1.000
6 — : P. = 64 TA. = 17 A. = 0,75 U. = 1.000

Epistaxis

7 — : P. = 80 TA. = 18 A. = 0,50 U. = 1.500
9 — : P. = 68 TA. = 16 A. = 0,50 U. = 1.250
10 — : P. = 84 TA. = 15 A. = 0,50 U. = 1.500
11 — : P. = 60 TA. = 16 A. = 0,50 U. = 1.500
13 — : P = 64 TA. = 15 A. = 0,50 U. = 2.000
14 — : P. = 72 TA. = 15 A. = 0,75 U. = 1.000
15 — : P. 84 TA. = 16 A. = 0,50 U. = 1.000
16 — : P. = 68 TA. = 17,5 A. = 1 gr. U. = 500

17 — : P. = 64 TA. = 15 A. = 0,75 U. = 1.000
18 — : P. = 80 TA. = 18,5 A. = 1 U. = 750
19 — : P. = 68 TA. = 15 A. = 1 U. = 1.250
20 — : P. 60 TA. = 14,5 A. = 0,50 U. = 1.500
21 — : P. = 76 TA. = 14,5 A. = 0,50 U. = 1.500
22 — : P. = 68 TA. = 14 A. = ? U. = 1.250
23 — : P. = 68 TA. = 15 A. = 2,50 U. = 1.000
24 — : P. = 64 TA. = 14,5 A. = 1 U. = 1.000
25 — : Accouchement à 11 heures matin.

Délivrance : infarctus au niveau du placenta.

Après : P. = 68.

26 — : P. = 72 TA. = 15 A. = 0,50
27 — : P. = 80 TA. = 13
28 — : P. = 88 TA. = 14,5 A. = 0,25 U. = 1.000
29 — : P. = 92 TA. = 14,5 A. = 0,25 U. = 750

Montée laiteuse.

30 — : P. = 88 TA. = 13,5 A. = ?
31 — : P. 84 TA. = ?
1er janv. : P. = 80
2 — : P. = 76
3 — : P. = 80 TA. = 14,5

Suites de couches apyrétiques.

1 de 1908. — *Albuminurie. Accouchement prématuré au neuvième mois*

B... Louise, vingt-trois ans. I-pare.

D. R. : 1-4 avril.

Pendant la grossesse : céphalées fréquentes.

14 novembre. — Entre à cause de son albuminurie. Repos au lit, flanelle. Régime lacté. Purgatif drastique, renouvelé toutes les semaines.

15 nov. : TA. = 18,5 P. = 80 A. = 2
16 — : TA. = 17,5 P. = 80 A. = 2
19 — : TA. = 15,5 P. = 76 A. = 1,50 U. = 2.000
20 — : TA. = 15 P. = 84 A. = 1,50 U. = 1.750
21 — : TA. = 17,5 P. = 68 A. = 1 U. = 1.000

22 — TA. = 14,5 P. = 80 A. = 2 U. = 1.000
25 — TA. = 16,5 P. = 76 A. = 1,50 U. = 1.500
26 — : TA. = 14,5 P. = 72 A. = U. = 1.500
27 — : TA. = 14 P. = 88 A. = 1,50 U. = 750
28 — : TA. = 16,5 P. = 68 A. = 1,50 U. = 1.000
29 — : TA. = 18,5 P. = 84 A. = 1,50 U. = 1.000
30 — : TA. = 16,5 P. = 100 A. = 1,50 U. = 1.500
2 déc. : TA. = 16 P. = 72 A. = 3 U. = 2.500
3 — : TA. = 16 P. = 80 A. = ? U. = 1.000
4 — : TA. = 19 P. = 80 A. = 3 U. = 1.000

Céphalée

5 — : TA. = 17 P. = 84 A. = 1 U. = 1.500
6 — : TA. = 15 P. = 84 A. = 1,50 U. = 1.000
7 — : TA. = 15,5 P. = 72 A. = 1,50 U. = 1.000
9 — : TA. = 19,5 P. = 72 A. = 1,50 U. = 2 500

Céphalée. Epistaxis. Soir : TA. = 21,5

10 — : TA. = 19 P. = 72 A. = 2 U. = 1.000

Eau-de-vie allemande. Soir : TA. = 20

11 — : TA. = 18,5 P. = 68 A. = 2 U. = 1.000
12 — : TA. = 17,5 P. = 88 A. = 1 U. = 1.250
13 — : TA. = 17,5 P. = 88 A. = 1 U. = 1.250
14 — : TA. = 17 P. = 88 A. = 2,50 U. = 550

Eau-de-vie allemande

16 — : TA. = 17,5 P. = 88 A. = 1,50 U. = 1.500
17 — : TA. = 18 P. = 80 A. = 3,50 U. = 1.000
18 — : TA. = 18,5 P. = 76 A. = 7 U. = 1.250
19 — : TA. = 17,5 P. = 80 A. = 2,50 U. = 1.000
20 — : TA. = 16,5 P. = 68 A. = 7 U. = 500
21 — : TA. = 16,5 P. = 68 A. = 3 U. = 1.000
22 — : TA. = 17,5 P. = 80 U. = 1.000
23 — : TA. = 19 P. = 68 A. = 2 U. = 2.000

Eau-de-vie allemande

24 — : TA. = 17,5 P. = 80 A. = 2,50 U. = 1.000
26 — : TA. = 16 P. = 80 A. = 2 U. = 1.000
27 — : TA. = 14,5 P. = 80 A. = 2 U. = 1.500
28 — : TA. = 14 P. = 72 U. = 1.500
29 — : TA. = 15,5 P. = 72 A. = 3 U. = 1.000

30 — : TA. = 16 P. = 72 A. = 2 U. = 1.000
1er janv. : Accouchement: enfant : 1450 gr.
Placenta : 220 gr.
Foyers hémorragiques anciens et récents. P. = 84.
3 — : TA. = 15,5 P. = 72
4 — : TA. = 14,5 P. = 72 A. = 1,50 U. = 1.000
5 — : TA. = 15 P. = 88 A. = 1 U. = 1.500
6 — : TA. = 15 P. = 88 A. = 1 U. = 1.500
7 — : TA. = 15,5 P. = 92 U. = 1.500
8 — : TA. = 14,5 P. = 100 A. = 0,50 U. = 1.000
9 — : TA. = 14,5 P. = 84 U. = 1.500
10 — : TA. = 13 P. = 88 A. = traces U. = 1.500
11 — : TA. = 13 P. = 84 A. = 2 U. = 1.500
12 — : TA. = 14 P. = 80 A. = 1,50
13 — : TA. = 14,5 P. = 80 A. = 1,25 U. = 1.500
14 — : traces U. = 1.500
15 — : TA. = 14 P. = 72 A. = 0,25 U. = 1.500
16 — : TA. = 14 P. = 76 A. = 0,75 U. = 1.500
17 — : TA. = 14 P. = 80 A. = 0,50 U. = 1.500
18 — : TA. = 13,5 P. = 76 A. = 0,50 U. = 1.500
Suites de couches apyrétiques.

## Accès dits Eclamptiques

59 *bis* de 1901. — *Albuminurie. Eclampsie.*
*Femme morte non accouchée*

B. B., trente-deux ans, domestique. IIIpare.

*Première grossesse.* — 1895. Terminée par avortement de deux mois et demi.

*Deuxième grossesse.* — 1898. Accouchement normal.

*Grossesse actuelle.* — DR. = 28, 30 mai. HU. = 19.

Entre à la Clinique Baudelocque le 3 décembre 1900.

On constate : Albumine dans les urines (1 gr. 25).

15 décembre. — Albumine : 1 gramme. — Urine : un litre et demi.

Céphalées violentes depuis le début de la grossesse. Vomissements répétés, fréquentes épistaxis, diminution de l'acuité visuelle, éblouissements, œdème des jambes qui disparaît sous l'influence du régime lacté. Pas de point épigastrique.

Du 16 décembre au 8 janvier. — L'albumine oscille entre 0,25 et 0,60, et la quantité d'urine entre 1 litre et 1 l. 1/2.

8 janvier. — Albumine : 1 gr. 50. Urine : 1 litre. Purgatif sans effet.

9 janvier. — Albumine : 3 grammes. Céphalée. Dyspnée. Douleur épigastrique depuis quelques jours. Lavement purgatif.

A 2 h. 45 soir. Accès d'éclampsie. Chloroforme. Grand lavement.

Après l'accès : pouls petit, hémorragique. 140. T. = 37°3.

Lavement de chloral. Transpiration abondante. A 6 heures soir, la malade reprend connaissance.

Toute la nuit grande agitation. A minuit : T. = 37°3.

P. : 148, petit filiforme. Respiration difficile, céphalée intense. Sueurs froides. Urines rouge-brun.

10 janvier. — Pouls incomptable. T. = 38°5. Marbrures sur les cuisses et l'abdomen.

A midi 30. — Lavage rectal (20 litres eau stérilisée).

A 2 heures. — Respiration difficile (oxygène). Pouls de plus en plus mauvais, parfois imperceptible. La femme râle, et vomit du sang pur.

Elle succombe à 2 h. 45 soir sans être accouchée.

*Autopsie.* — *Foie* : surface parsemée de taches rouges, confluentes au niveau du lobe gauche. On retrouve ces taches dans le parenchyme ainsi que dans tout le lobe gauche. *Reins et poumons* très congestionnés. *Cerveau :* œdémateux.

275 de 1901. — *Femme ayant eu des accès d'éclampsie chez elle, et apportée dans le coma à l'hôpital. Morte quelques heures après l'entrée à la Clinique, avant l'accouchement.*

I-pare, trente-deux ans.

DR : = fin juin. Elle n'a jamais consulté pendant sa gros-

sesse. Elle est amenée à la clinique le 10 février amenée par son mari qui donne les renseignements suivants :

9 février à 3 heures soir : violente douleur épigastrique. A 7 heures soir : crise convulsive et en eut 12 à 15 dans la nuit (choral, chloroforme).

10 février matin : Saignée à chaque bras et lavement de chloral, la femme continue à avoir des accès.

Elle est amenée à la clinique dans le coma quelques minutes après son entrée, début d'un accès qui avorte dès qu'on donne du chloroforme ; œdème de la face. T. = 39°4. P. = filiforme, incomptable.

Urines (recueillies avec la sonde) se prennent en masse.

A partir de 2 heures 1/2 la femme râle et meurt à minuit.

436 de 1901. — *Albuminurie. Accès d'Eclampsie 7 heures après l'accouchement.*

S. V..., vingt-deux ans, l-pare.

DR : = 15 au 18 juin. H. V. : 30 centimètres.

Pendant la grossesse : bouffissure de la face, nausées, vomissements, troubles de la vue, céphalée. Urines très foncées.

4 mars 1901. Consulte à la Cl. Baudelocque : on lui trouve une quantité considérable d'Albumine. Elle est surveillée au dortoir.

7 mars à 5 heures 30 matin, expulsion d'une fille de 2060 grammes. Placenta : 550 grammes, présente des infarctus.

A midi 30 : 7 heures après l'accouchement : accès convulsifs P. = 130.

A 1 heure 30 : la malade boit du lait choralé et répond aux question posées.

A 2 heure : Calme, sommeil. T. = 36°8 P. = 72.

*Suites de couches.* — T. = 39 P. = 100 le troisième jour.

Les autres jours, la température est normale.

L'albumine ne disparaît que le 8 avril.

La mère et l'enfant quittent le service en bon état.

500 de 1901. — *Femme n'ayant jamais eu d'albumine dans les urines. — 2 accès d'éclampsie dont un pendant la période d'expulsion. — Accouchement spontané.*

G. E.., quinze ans et demi. I-pare.

Se reposait à l'Asile Michelet depuis un mois.

Entre à la Clinique Baudelocque le 16 mars à deux heures matin.

Les *urines sont normales.*

A 10 h. 30 la tête s'engage en D. P. La vessie est pleine, on sonde la femme. *Urines normales, ne contenant pas d'albumine.*

A sept heures soir, dilatation complète.

A 7 h. 20, sans avoir accusé aucun trouble, la femme est prise d'une crise convulsive, crise de courte durée ; la femme reprend connaissance aussitôt.

A 8 h. 10, expulsion d'un garçon vivant (3.480 gr )

*L'urine prise après l'accès contient de l'albumine en petite quantité.*

A 8 h. 20 : nouvel accès. Chloroforme et chloral.

Délivrance par expression française, trente minutes après l'accouchement. — P. = 120. Placenta = 600 grammes, petits infarctus blancs.

Le 18 au matin, l'albumine a disparu.

Suites de couches normales.

1218 de 1901. — *Albuminurie. — Accès éclamptiques. — Accouchement prématuré.*

P. L.., vingt-sept ans, II-pare.

Accouchement antérieur normal.

Grossesse actuelle : D. R. : 12-15 novembre. H. U. 30 cent. — Albumine.

La femme est amenée à la clinique Baudelocque en ambulance le 16 juillet à 6 h. 45 soir. Le mari dit que sa femme a eu 8 accès chez elle, du 15 au 16 juillet.

A son arrivée : P. = 120. T. = 37° 2. Impossible de recueillir une goutte d'urine. Chloral ; la femme s'endort.

17 juillet à 9 h. 45 matin : rupture des membranes.

A dix heures matin : expulsion d'un fœtus de 1580 grammes, et vingt minutes après : expulsion spontané d'un placenta de 380 grammes, présentant de nombreux infarctus.

P. = 130. Le soir, P. = 90. Urine se prend en masse.

*Suites de couches* :

18 juillet : 10 grammes albumine.

19 juillet : 1 gr. 50 albumine.

31 juillet : l'albumine a disparu des urines.

La mère quitte le service en bon état.

1472 de 1901. — *Femme ayant eu un accès d'éclampsie après l'accouchement*

P. B..., I-pare, vingt-six ans. D. R : 18-22 novembre.

En août on constate de l'albumine dans les urines et on soumet la femme au régime lacté.

23 août soir : rupture des membranes.

24 août : elle vient à la Clinique.

A 4 heures soir, dilatation complète. Pendant la période d'expulsion, la femme est extrêmement agitée. P. = 104.

A 4 heures 30, expulsion d'une fille morte de 1970 grammes. Délivrance spontanée 5 minutes après l'accouchement. Placenta = 330 grammes. Nombreux infarctus.

10 minutes après l'accouchement, accès d'éclampsie. P. = 104. T. = 38°4.

La quantité d'albumine qui était de 9 grammes à l'entrée diminue progressivement.

*Suites de couches :* 38°6 et 37°8, les 2 premiers jours après l'accouchement.

La femme quitte le service en bon état.

95 de 1902. — *Albuminurie intense. Accouchement spontané. Accès éclamptiques après l'accouchement.*

D. I..., dix-neuf ans, domestique. I-pare, entre au dortoir de la Clinique le 2 janvier.

D.R : 5-10 avril. H. U = 36 cent.

A l'arrivée : œdème des membres inférieurs avec bouffissure de la face. Sommet en D. T. Les urines contiennent 4 grammes d'albumine. Régime lacté absolu. Purgatif.

La femme reste 16 jours au dortoir : la quantité d'albumine oscille entre 1 gramme 25 et 7 grammes, la quantité d'urines étant de 1500 à 2.000 grammes.

17 janvier : la femme a mangé malgré la défense faite.

19 janvier : accouchement à 3 heures 55 matin.

Délivrance naturelle 30 minutes après. Le placenta présente de nombreux infarctus blancs. P. = 100. T. = 36°8.

6 heures matin : nausées, céphalée. P. = 86 à 116. On surveille la femme.

7 heures 20 matin : accès éclamptique. Chloral. Etat comateux pendant 1/2 heure.

8 heures 30 matin : 2e accès éclamptique. P. = 110.

Midi 35 : accès éclamptique, plus court que le premier. Chloroforme. Lavement purgatif. Chloral.

Suites de couches apyrétiques.

2231 de 1902. — *Albuminurie. — Eclampsie apparue au moment du travail. — Forceps*

B. A... trente-six ans. I-pare.

D R. 20-23 avril.

14 Août. — A la consultation, on trouve de l'albumine dans les urines. Elle entre au dortoir et au bout de quinze jours l'albumine a disparu. — Elle repart chez elle et continue à prendre du lait comme boisson jusqu'à l'accouchement.

26 septembre. — 12 octobre. — 12 décembre. — 15 janvier la femme vient à la consultation. On ne trouve pas d'albumine dans ses urines.

10 février à minuit : ressent les premières douleurs. Elle vient à la Clinique à 9 heures du matin ; et, comme tout, chez elle, les urines ne contenant pas d'albumine, doit se passer normalement, elle est envoyée en ville chez une sage-femme agréée.

12 février à 3 h. 30 matin. Crises convulsives. Chloroforme,

la crise passée, on examine les urines qui sont chargées d'albumine. La femme est transportée à la Clinique.

5 heures matin : deuxième crise convulsive. T. = 38. P.= 112. Chloroforme. Chloral.

9 h. 25. — Troisième accès — P. = 120.

11 heures. — P. = 102. Chloroforme à petite dose.

1 heure soir : application de forceps à la dilatation complète; fille vivante.

Délivrance. — Placenta présente des infarctus blancs.

*Suites de couches.* — Deux fois 39 degrés, trois fois 38 degrés.

L'albumine disparaît complètement le troisième jour.

1207 de 1902. — *Albuminurie. Débuts d'accès éclamptiques au cours du travail.*

M. E..., ving-huit ans, III pare.

Premier accouchement, prématuré. Accès d'éclampsie.

Deuxième accouchement, prématuré. Accès d'éclampsie.

*Grossesse actuelle :* D. R. : 25 janvier H. U = 24 centimètres.

Elle entre à la clinique le *19 juillet*, elle souffre depuis trois jours de douleurs épigastriques. L'urine se prend en masse.

Mauvais état général : cyanose, dyspnée, langue sèche.

Lait et eau de Vichy. Lactose = 50 grammes. — La femme est isolée. Lavement évacuateur avec 4 grammes, chloral.

21 juillet. — Céphalée frontale. P = 80. Urines = 2 litres 3/4.

22 juillet. — Albumine = 7 grammes. Chloral. B. du C. du fœtus : ?.

23 juillet. — Albumine = 3 gr. 50. Urines claires, abondantes.

24 juillet. — Purgatif ; urines : 2 litres 1/2. Albumine : 2 grammes.

26 juillet. — Apparaissent les premières douleurs. Albumine : 2 grammes. Chloral toutes les 3 heures.

A 10 h. 55. — Douleurs de reins très vives, engourdissement des membres inférieurs. Céphalée intense, troubles de la vue.

11 heures. — Contracture des mains, des doigts, flexion et

adduction du pouce, flexion du poignet sur l'avant bras. Pas de modification de la face, ni de troubles visuels. P = 88.

11 h. 45. — Expulsion d'un fœtus mort et macéré. Placenta : infarctus placentaires.

1 h. 15. — Grand frisson. P = 88. T = 38° 6. Après : suites apyrétiques. La femme se sent mieux.

28 juillet. — 1 gramme albumine,

10 août.— 1 gramme albumine.

1547 de 1902 — *Accès éclamptiques pendant le travail.*

M. Z..., vingt ans, I-pare.

D. R. : 15 janvier, HU. = 32 cent.

Entrée à la Clinique le 12 octobre. Urines normales.

Col en voie d'effacement.

Le 13 octobre à 5 heures soir, la femme pousse un cri, et présente des crises convulsives. — Dilatation d'une grande paume. Urines renfermant de l'albumine (2 gr. 50). P. = 140. T. = 36° 8.

5 h. 45. 2e accès. Chloroforme. La dilatation étant complète : Forceps.

Délivrance artificielle.

Suites normales.

1639 de 1902 — *Albuminurie. 1 accès d'éclampsie en ville. — 8 accès à la Clinique.*

M. H.., vingt-cinq ans. I-pare.

D. R. : 10-14 février.

Elle entre à la Clinique à 3 h. 15 soir, le 27 octobre envoyée avec le diagnostic d'éclampsie : Céphalée frontale intense. Troubles visuels. Œdème considérable des membres. Albumine en grande quantité.

Chloral ; 10 gr. Eau de vie allemande.

4 h. 40 : premier accès de peu de durée. Chloroforme.

6 h. 45 : deuxième accès sans prodromes, de courte durée. Chloroforme.

7 h. : troisième —

7 h. 10 : quatrième —

7 h. 40 : cinquième —

7 h. 50 : sixième —

8 h. 10 : septième — T. = 38° P. = 96

8 h. 30 : huitième — sans prodromes, coma, respiration stertoreuse, cyanose.

9 h. : neuvième — Durée assez longue. Oxygène. P. = 138. irrégulier. T. = 38° 8. Chloroforme en permanence.

28 octobre. — Minuit. On cesse le chloroforme.

3 h. 15 matin : céphalée, agitation. Chloroforme.

4 heures : contractions utérines douloureuses.

Chloral toutes les heures et demie depuis minuit. Gardes robes abondantes.

8 heures matin : T. = 37. P. = 96.

4 heures soir : Lavement. T = 36° 9. P. 100. Journée calme.

7 heures soir : 2 sangsues au niveau de chaque mastoïde.

29 octobre : albumine : 8 gr. Chloral.

9 heures matin : T. = 36° 8. P. = 96.

30 octobre. — Malade calme. Cécité permanente. Albumine : 3 gr.

2 heures matin : Contractions utérines douloureuses.

9 heures matin : Accouchement.

9 h. 50 : Délivrance. Placenta : foyers hémorragiques.

31 octobre. — Albumine : 6 gr. La femme dit voir un peu plus clair.

L'albumine diminue rapidement.

16 novembre : La mère quitte le service.

146 de 1903. — *Albuminurie. Prodromes éclamptiques.*

H. J..., vingt-quatre ans, domestique. I-Pare : entre à la Clinique le 23 janvier à 3 heures du soir parce qu'elle souffre de la tête depuis 15 jours, — douleurs de reins et à l'épigastre. Troubles visuels. Œdème généralisé. Urine se coagulant en masse.

On couvre la femme de flanelle et de linge chaud. Lavement,

purgatif drastique. Potion au chloral. Lait et eau stérilisée.

25 janvier. — 2 h. 10 du matin, accouchement.

Délivrance : placenta : infarctus blancs. — P. = 88. Suites de couches apyrétiques.

304 de 1903. — *Albuminurie intense. — 5 accès convulsifs en ville. — 2 à la Clinique.*

L...., culottière, trente-huit ans. IV-pare.

*Première grossesse*: avortement à trois mois.

*Deuxième : accouchement* normal.

*Troisième grossesse* : avortement de deux mois et demi.

*Grossesse actuelle* : D. R. 12-16 novembre.

Elle entre à la Clinique le *18 février à 3 heures du soir*, ayant eu 5 accès convulsifs en ville.

A son entrée : accès peu violent, la femme reste dans le coma : lavement évacuateur, puis lavement avec 4 grammes chloral. — 10 grammes eau-de-vie allemande. Urines recueillies avec la sonde : 8 grammes albumine. La femme est isolée, loin du bruit, dans une demi-obscurité. Chloral et lait. — T. = 36°7. P. = 78.

9 h. 10 du soir : 7e accès. — Chloroforme. T. = 37°2. P. 80.

19 février : 2 heures du matin. — Calme. On cesse le chloroforme. Urine foncée assez abondante.

5 heures du matin : 20 grammes eau-de-vie allemande ; pas de garde-robes. P. = 72. T. 36°8.

8 heures du matin : la malade répond aux questions faites. — Les troubles visuels persistent. Pertes sanguines abondantes. Lavement purgatif : selles abondantes. — Urines foncées. L'albumine a diminué.

10 heures du matin : la malade a repris connaissance : il n'y a plus de troubles visuels. — T. = 37. P. = 76.

7 h. 30 du soir : expulsion d'un fœtus mort et macéré. — Le placenta renferme des foyers hémorragiques récents. Injection intra-utérine.

Suites de couches normales.

426 de 1903. — *Albuminurie intense. Accès pendant le travail.*

D. A..., dix-sept ans. I-pare.

D. R : 14-17 juin. — H. U. = 30 cent.

Entrée à la Clinique le *11 mars à 1 h. 30 soir :* Œdème des membres inférieurs. Douleur épigastrique. Albumine en grande quantité. Lavement évacuateur, puis lavement chloralé.

2 h. 30 soir : Troubles visuels. Agitation. Chloroforme ; de temps en temps, petits mouvements convulsifs.

12 mars, 7 heures matin : Accouchement.

7 h. 30. Délivrance.

P. = 110-112-120-100.

*Suites des couches :*

Normales jusqu'au 21 mars; ce jour : T. = 38° 6. P. = 136. La femme quitte néanmoins le service.

759 de 1903. — *Albuminurie. Accès éclamptiques après l'accouchement.*

D. P..., trente cinq ans. IV-pare.

*Première grossesse.* Neuvième mois. Fœtus mort et macéré. Albumine et accès éclamptiques.

*Deuxième et troisième grossesses :* Accouchements normaux.

*Grossesse actuelle :* D. R. : 20. 25 sept. H. U. = 27

Elle vient à la consultation de la Clinique le 3 avril :

Albumine en grande quantité. Céphalée. Troubles de la vue, étourdissements, douleur épigastrique. Vomissements, œdème des membres inférieurs et de l'abdomen.

La femme est admise au dortoir : régime lacté absolu.

4 avril. Albumine : 3 grammes. Urines. 1 litre. Purgatifs.

Céphalée intense. Lavement purgatif. Le lait n'est plus supporté, on donne de l'eau stérilisée.

Du 5 avril au 5 mai : La quantité d'urine oscille entre : 1 et 2 litres, la quantité d'albumine, entre 0 gr. 50 et 3 grammes.

Le 5 mai, la femme qui avait quitté la clinique depuis le

20 avril, y revient : elle ressent de petites douleurs de reins. Il n'existe pas d'autre trouble. Les urines renferment 7 grammes d'albumine. La femme est couverte de flanelle. Lavement purgatif. Chloral : 4 grammes. On la met dans une chambre chauffée.

A 11 heures matin : elle perd brusquement un flot de sang. qui s'arrête après une injection chaude.

A 5 h. 15 soir, expulse spontanément fœtus et placenta.

A ce moment, la femme dit ne plus voir clair et accuse une céphalée instense.

5 h. 45. Première accès éclamptique. Chloroforme.

5 h. 55. [deuxième accès. Cyanose. P. = 144 et revient ensuite à la normale. Nuit agitée.

6 mai : 7 h. 30 matin : Troisème accès. Chloroforme. Oxygène. P. = 128. T. = 37° 5. Lavement purgatif.

13 mai : Traces d'albumine.

Suites normales.

812 de 1903. —*Albuminurie intense. Accès éclamptiques. Mort.*

J. E..., vingt ans, I-pare.

D. R..., 25 août, 7 septembre.

12 mai. — Vient consulter à Baudelocque : céphalée, étourdissements, troubles de la vue. Œdème presque généralisé. Urine se prend en masse.

Purgatif drastique, régime lacté. Lavement purgatif.

Soir : Agitation, chloral.

13 mai. — Minuit : premier accès éclamptique.

9 heures matin : deuxième accès. — Chloroforme, continué pendant presque toute la journée.

6 h. 15. — Expulsion d'un fœtus mort : 1620 grammes.

14 mai. — Agitation continuelle. Chloral. Eau stérilisée. Lactose. T. = 37. P. = 108. Urines en très petite quantité.

8 heures soir : lavement purgatif. — 600 grammes d'urines.

15 mai. — T. = 37°5. P. = 112. Ether. 400 grammes. Sérum. Frictions à l'alcool. Etat comateux.

2 heures soir. Etat comateux persistant.

4 heures soir. La femme succombe.

*Autopsie.* — *Foie* : Piqueté hémorragique.

*Reins* : Congestion de pyramides, se décortiquent facilement.

992 de 1903. — *Femme amenée dans le coma éclamptique.*

B..., trente-cinq ans, III-pare.

Deux premiers accouchements normaux.

*Grossesse actuelle.* — DR. 24-26 octobre.

Petites pertes de sang pendant les 3 premiers mois.

Vers fin avril. — Céphalée, insomnie.

Dans la nuit du 17 au 18 mai. — Céphalée intense, et violente douleur épigastrique, empêchant tout sommeil.

18 mai. — A 4 heures soir : Accès convulsif. La femme est envoyée à Baudelocque : elle est dans le coma, figure bouffie, œdème léger des membres inférieurs, morsures de la langue. Les urines se coagulent en masse.

Lavement purgatif, suivi d'évacuation abondante.

19 mai. — Minuit 15 : deuxième accès convulsif. Chloroforme.

A 2 h. 30 : troisième — —

A 8 heures matin : quatrième — —

Toute la journée, la femme reste dans le coma.

7 heures soir : T. = 37°8. P. = 92. On recueille 200 grammes d'urines. Purgatif drastique, lavement purgatif.

20 mai. — T. = 36°4. P. = 72.

21 mai. — La femme reprend connaissance ; urines : 2 litres, albumine : 3 gr. 50.

Fin mai et mi-juin. — La quantité d'albumine varie de 1 à 2 grammes, la quantité d'urines émise en 24 heures oscille entre 1 litre 1/2 et 2 litres.

21 juin à 6 h. 55. — Accouchement, enfant de 1680, qui meurt quarante-huit heures après sa naissance.

1er juillet. — Albuminurie : 0,50.

Suites de couches normales.

1064 de 1903. — *Albuminurie. — Femme amenée avec des accès convulsifs.*

M. J. 1-pare. âge ?

Premier accouchement normal.

*Grossesse actuelle* : la femme est amenée le 16 juin, à 5 heures du matin. Elle est dans le coma. Elle a eu deux accès éclamptiques (le 15 à 7 heures soir et le matin du 16).

Accès dans la voiture d'ambulance.

Nouvel accès à la salle de travail. T.: 37° 5 ; P. : 116.

Cette femme, qui était venue à la consultation de la clinique, avait été mise au régime lacté, en raison de la quantité d'albumine contenue dans les urines.

Le 16, malgré la défense absolue, elle prit du bouillon gras et, quelques heures après, le premier accès se déclarait.

Dès son entrée : chloroforme. L'accès cesse.

Dès lors la quantité d'albumine va en diminuant.

24 juin : la femme expulse une fille morte et macérée.

*Suites de couches :* Une fois : 37°8.

Le 27 juin la femme n'a plus d'albumine.

1222 de 1903. — *Accès éclamptiques au cours du travail.*

P. E..., trente-deux ans. II-pare.

*Première grossesse* terminée par un avortement de deux mois.

*Grossesse actuelle.* Cette femme entre à la clinique le *19 juillet*, perdant un peu de sang.

Œdème des membres inférieurs et de la lèvre droite. Albuminurie intense. Douleur épigastrique. P. : 112.

La femme est couchée, couverte de flanelle.

Lavement purgatif: garde-robes abondantes.

4 heures, soir : céphalée frontale. Chloral.

20 juillet, matin : symptômes disparus. Albumine : 4 grammes.

21 juillet : 9 heures, matin : céphalée intense, troubles de la

vue, puis accès convulsif. P. : 104. T. : 37°. Chloral : 4 grammes. Chloroforme.

11 h. 30 : deuxième accès.

1 heure, soir : troisième accès.

2 h. 45 : quatrième accès. T. : 36° 6. P. : 100.

4 heures : cinquième accès. Vomissement.

9 h. 50 : vomissements fécaloïdes.

22 juillet : 2 heures, matin : *expulsion d'un fœtus mort.*

Placenta : foyer hémorragique récent.

3 heures matin : P. : 130. Vomissements.

6 heures : T. : 37°. P. : 100.

8 heures : 20 grammes eau-de-vie allemande. Vomissements.

25 juillet : traces d'albumine.

29 juillet. On alimente la malade.

2049 de 1903. — *Accès éclamptique au cours de la période d'expulsion. Délivrance artificielle. Hémorragie. Mort.*

D. M..., dix-huit ans. I-pare, entre à la salle de travail le 9 décembre à 9 heures soir. Elle n'a pas été examinée au cours de sa grossesse. Le travail a débuté à 7 heures soir. La dilatation est de 1 franc.

10 décembre : 6 heures 20 matin : dilatation complète.

10 heures : crise convulsive. Chloroforme. L'enfant est extrait au forceps.

Un jet de sang rouge sort de la vulve de la femme. Délivrance artificielle. Syncope. Pouls petit et rapide. Injection à 50°. Compression de l'aorte abdominal. Sérum artificiel : 2.000 gr.; 4 piqures d'éther.

L'hémorragie s'arrête. Le pouls remonte légèrement et est moins fréquent.

Midi : P. = 108, très faible. Femme de plus en plus pâle inhalations d'oxygène.

Midi 15 : respiration s'embarrasse, pouls imperceptible. 500 grammes sérum. Caféine. Ether.

Le pouls ne se modifie pas : respiration faible. La femme meurt à 1 heure 1/2.

*Autopsie :* Organes pâles. Foie exsangue.

Hydronéphrose à droite.

410 de 1904. — *Accès éclamptiques au cours du huitième mois.*

G. J..., trente-deux ans. V-pare.

Premier accouchement à terme : accès éclamptiques.

Autres accouchements normaux.

6 mars. — Entre à Baudelocque parce qu'elle a eu chez elle des crises convulsives. Purgatif. Flanelles.

7 mars. — 1 h. matin : accès éclamptique. Chloroforme. La femme est dans un demi coma.

10 heures matin : Ralentissement du pouls : 10 sangsues.

Midi : P. = 68.

1 heure : la malade se trouve améliorée.

3 heures : P. = 76.

6 heures : P. = 76. T. = 36°2. 750 grammes d'urines depuis 1 heure matin. Albumine : 5 grammes.

Du 8 mars au 23 mars : La quantité d'albumine va en diminuant et la quantité d'urines est d'environ 1.500 grammes.

Dans les 15 derniers jours la femme a de l'œdème des membres inférieurs, mais pas de fourmillements ni de troubles visuels. Cryesthésie.

14 mars. — Midi 40 : expulsion de fille morte et macérée.

Délivrance naturelle : Placenta : infarctus récents et anciens.

Suites de couches normales.

452 de 1904. — *Primipare de treize ans. Accès éclamptiques le lendemain de l'accouchement.*

L. S..., treize ans, I-pare.

D. R. 15-19 juin.

22 mars. — Accouchement normal. Enfant : 3050 grammes.

Délivrance naturelle : Placenta : 485 grammes.

23 mars. — 5 heures du soir : céphalée. Elle a une crise que l'on définit mal. Urines claires, limpides, renfermant une grande quantité d'albumine. T. 38° 1. P. 108.

5 h. 15 : nouvel accès. Chloral.

8 h. 30 : 10 grammes eau-de-vie allemande. Selles abondantes.

Suites normales.

492 de 1904. *Femme accouchée en ambulance et présentant des accès éclamptiques.*

P. J..., II-pare. Entre le 30 mars à 5 heures matin.

Elle n'a pas consulté pendant sa grossesse. œdème des membres inférieurs. Depuis 15 jours : insommie, troubles de la vue. Maux d'estomac. Céphalée.

30 mars : — 5 heures matin : entre à la clinique venant d'accoucher en ambulance.

Depuis 2 heures matin, cette femme a eu trois accès convulsifs.

En arrivant, elle est dans le coma. Nouvel accès quelques minutes après l'entrée. T. 38. P. 120.

Urines se prennent en masse. Eau-de-vie allemande.

2 heures soir : nouvel accès. Chloroforme.

3 heures soir : lavement de chloral : 4 grammes.

31 mars. — La malade va mieux. Elle peut donner des renseignements.

Sa première grossesse a été normale.

Suites de couches normales.

540 de 1904. — *Albuminurie. Accès éclamptiques. Hémorragie rétro-placentaire. Mort 2 jours après l'accouchement.*

G. J. vingt-un ans. I-pare D. R. 20 juillet.

Pas d'albumine jusqu'au 1er avril.

1er avril.— Céphalée intense. Bouffissure du visage.

2 avril. — Purgatif.

3 avril. 4 avril. — Dans la nuit, crises convulsives.

Entre le matin à la clinique : œdème des membres inférieurs. Bouffissure du visage. Albumine : 8 grammes, chloral.

9 heures : Accès convulsif. Chloroforme.

10 heures : T. 37° 3. P. 80. Eau-de-vie allemande : 30 grammes.

11 h. 30 : Accès. Chloroforme.

1 h. 30 soir : Accès. Lavement avec 4 grammes chloral.

4 heures : Accès.

8 heures soir : Accès ; dans la nuit : chloral et lait.

5 avril. — 1000 grammes d'urines.

6 avril. — Etat stationnaire : 1200 grammes.

7 avril. — 10 heures : légère perte sanguine qui continue dans la journée.

9 h. 30 soir : Col en voie d'effacement. La femme pert légèrement. P. : 88 puis 100 ; on rompt largement les membranes.

*Délivrance.* — Placenta : infarctus (blancs) et caillot d'hémorragie rétro-placentaire (cupule).

8 avril. — Après l'accouchement : agitation, cécité presque complète, chloral.

7 heures soir : épistaxis abondante, et à l'agitation de la journée succède le coma dont elle ne sort plus jusqu'à la mort.

9 avril. — T. m. : 37° 8. P. 88. T. s. 38° 8. P. 96.

10 avril. — T. m 38° 8. P. 112. La malade n'a pas uriné depuis 48 heures. Cathétérisme 60 grammes d'urines grisâtres.

Hoquet fréquent. Ventouses scarifiées sur la région lombaire. Injection de 250 grammes de sérum. La respiration devient stertoreuse.

10 avril soir. — T. 39° 7. P. 104.

11 avril. — Mort à 6 heures matin.

*Autopsie.* — Utérus normal.

Reins : Capsules adhérentes, épaisses, difficilement décorticables. Substance corticale extrêmement amincie, et n'existant pour ainsi dire plus

710 de 1904. — *Albuminurie. Accès éclamptiques de la grossesse, du travail et des suites de couches.*

R. A..., vingt-neuf ans, II-pare.

Première grossesse : avortement de 2 mois 1/2.

Grossesse actuelle : D. R. : 11-15 octobre.

Vomissements dans les 2 premiers mois, puis céphalée, œdème des membres inférieurs.

23 mai. — Hémorragie. Elle consulte : pas d'albumine dans les urines. On lui conseille le lait en mangeant. La femme ne le

fait que quelques jours. Alors apparaissent des vertiges fréquents.

7 juin, 3 heures soir : vertiges.

4 heures soir : hémorragie, vomissements.

8 juin, 4 h. 30 soir : premier accès éclamptique. 4 autres accès jusqu'à 10 heures matin.

12 h. 45 : la femme entre à la Clinique.

1 h. 5 : accès : T. = 37°8. P. = 108. Lavement purgatif.

4 h. 10 : accès : T. = 38°. P. 92.

6 h. 10 : accès : T. = 38°. P. = 100. Chloral.

A partir de 7 heures la femme est très agitée.

8 h. 20 : accouchement spontané.

Délivrance : placenta : infarctus blancs, foyers hémorragiques récents.

9 h. 15 : dixième accès. T. : 38. P. 92. Nuit calme.

9 juin : la quantié d'albumine va en diminuant et les urines augmentent. T. = 36°8. P. : 80.

Suites normales.

1226 de 1904. — *Néphrite ancienne. Albuminurie. Accès éclamptiques pendant la grossesse.*

M. J..., IV-pare, entre le 31 juillet à 2 heures soir.

Premier accouchement : 1900 ; au huitième mois.

Deuxième grossesse : avortement de 3 mois.

Troisième grossesse : Accès éclamptiques au sixième mois.

*Grossesse actuelle :* D. R. : 8-12 janvier.

A l'entrée : douleur égastrique, céphalée, albumine dans les urines. Agitation : chloral, eau-de-vie allemande.

Du 9 au 24 août : Quantité d'urines : 1 à 2 litres par 24 heures. Quantité d'albumine : 0,40 cent. à 1 gramme.

La femme sort le 24 août et reste soumise au régime lacté.

Elle entre de nouveau le 29 août.

2 septembre : Albumine : 3 gr. Urines : 2 litres.

3 septembre : Albumine : 2 gr.50 Urines : 2litres.

4 septembre : Albumine : 3 gr. Urines : 2 litres.

5 septembre 6 h. 50 matin : Accès éclamptiques.

7 heures matin : deuxième accès. Chloroforme.

1 h. 30 soir : troisième accès. T. = 36°6. P. = 120

2 h. 30 soir : quatrième accès. T. = 37°6. P. = 108.

3 h. 30 soir : cinquième accès. T. = 37°4. P. = 140. Cyanose intense.

6 septembre, 6 heures matin : nuit calme. Col en voie d'effacement.

Rectum distendu. Lavement évacuateur. T. = 36°8 P. = 108.

Albumine : 9 grammes. La malade en 24 heures a absorbé 10 grammes de chloral par la voie stomacale et inhalé 150 grammes de chloroforme.

7 septembre : lavement purgatif. 10 grammes eau-de-vie allemande. Albumine : 2 grammes. 1 litre d'urines en 24 heures. T. = 37°7. P. = 88.

8 septembre : albumine 1 gramme. Urines : ?

9 septembre : albumine 3 grammes. Urines : 1500 gr.

10 septembre 3 h. 44 matin : expulsion d'un fœtus mort-né.

Délivrance naturelle : infarctus récents et anciens.

Suites de couches normales.

1481 de 1904. — *Accès convulsif pendant la grossesse.*

P. A.., trente sept ans. II-pare.

Première grossesse : avortement de trois mois et demi.

*Grossesse actuelle* : D. R. : 6-14 mars.

Entre le 17 octobre à 4 h. 30 soir. Depuis la veille : céphalée, troubles de la vue, bourdonnements d'oreille.

10 heures soir : accès éclamptique, la femme reste 30 minutes dans le coma.

Minuit : deuxième accès.

17 octobre. — 3 h. 30 matin : troisième accès, elle est amenée à la clinique. Examen : Bouffissure de la face. Œdème des extrémités. Céphalée. Troubles visuels. Bourdonnements d'oreille. Urine se prend en masse. T. = 37. P. = 100.

Lavement purgatif. Chloral.

18 octobre. — Malade calme. Chloral. P. = 100.

5 heures matin : 10 grammes eau-de-vie allemande. Céphalée. Troubles visuels. Albumine en grande quantité. P. s. = 84.

19 octobre : P. m. = 72. P. s. = 88.

20 octobre. — 9 h. 25 matin : accès éclamptique. Cyanose. Chloral. 10 grammes eau-de-vie allemande. P. m. = 92. P. s. = 106.

21 au 25 octobre. — Les urines augmentent et l'albumine diminue. P. oscille entre 80 et 96.

26 octobre. — 10 heures matin : contractions utérines douloureuses. P. = 104.

3 h. 15 soir : expulsion de fœtus mort et macéré.

Délivrance spontanée : Placenta : infarctus blancs. P. = 112.

Suites de couches normales : le 1er novembre il n'y a plus d'albumine.

314 de 1905. — *Accès éclamptiques avant et après l'accouchement.*

A. K.., 20 ans. Primipare. Amenée à la salle de travail le 2 mars à 11 h. 30 matin dans un état comateux consécutif à des accès éclamptiques.

D. R. : Fin mai.

A eu de l'albumine dans les urines fin décembre ; mise au régime lacté pendant 15 jours. Depuis, pas d'albumine : examens répétés, le dernier il y a 6 jours. Aucun prodrome éclamptique ; pas d'œdème.

Début du travail le 28 février, à 2 heures du matin. À ce moment : hémorragie.

Le 1er mars, état stationnaire.

Le 2 mars à 4 heures du matin, la femme perd connaissance.

A 5 heures : premier accès éclamptique. Les accès se répètent et atteignent le nombre de 10 jusqu'à l'entrée à la clinique.

A l'entrée à la clinique : Coma. Pouls à 88, peu tendu.

L'urine renferme 2 grammes d'albumine par litre.

A midi 35. accouchement spontané suivi de l'expulsion du placenta.

Après l'accouchement : T. = 39,2. P. = 136.

A 1 heure de l'après-midi : accès très court. Chloral.

A 2 heures : chloral. T. = 38,4. P. = 126.

A 6 heures : T. = 36, 4. P. = 120.

Le 4 mars, la femme a repris connaissance.

Du 4 au 14, traces d'albumine.

Le 14 mars : disparition de l'albumine.

Suites de couches. Une fois 38,7, le troisième jour. Pouls oscillant entre 112 et 144.

La mère sort de la clinique en bon état.

406 de 1905. — *Accès éclamptiques au cours du travail.*

B. H..., vingt ans. Primipare.

D. R. : 20 au 25 juin.

Entre le 14 mars. 7 grammes d'albumine. Purgatif drastique.

Le 17 mars : début du travail à 3 heures du soir.

A 8 heures : dilatation complète, premier accès éclamptique.

A 8 h. 10 : expulsion spontanée d'un enfant vivant.

9 heures : deuxième accès. P. = 120.

9 h. 55 : troisième accès. Chloroforme et chloral.

Le placenta a été expulsé à 8 h. 30.

Suites de couches : deux fois 37°8, les quatrième et sixième jours.

Pouls oscillant entre 80 et 120.

Albumine persiste du 18 au 29.

Femme gardée comme nourrice dans le service.

Sort le 1er avril en bon état.

487 de 1905. — *Accès convulsifs après l'accouchement*

T. A... Primipare vingt-deux ans.

D. R. : Fin juin.

Début du travail : le 1er avril à 9 heures du soir.

Dilatation complète le 2 avril à 2 h. 40 matin.

Expulsion de l'enfant à 2 h. 45 matin. Délivrance à 3 h. 15.

Aussitôt après l'accouchement, la femme accuse une céphalée frontale intense. P. = 84.

A 10 h. 10 du matin : Premier accès convulsif qui avorte sous l'influence du chloroforme.

A 10 h. 20, : deuxième accès. Chloral. Urines : 0 gr. 25 d'albumine.

3 avril. — 10 grammes d'eau-de-vie allemande.

7 avril. — Traces d'albumine.

*Suites de couches* : 38,4 le cinquième jour ; 38,6 le huitième jour (lymphangite du sein).

498 de 1905. — *Accès éclamptiques au cours de la grossesse. Accouchement prématuré. Mort le 4 avril à 6 heures du soir.*

L. M..., vingt-six ans. I-pare.

Entrée le 3 avril à minuit 30.

N'aurait jamais eu d'albumine.

Depuis trois jours, œdème des jambes, des mains et de la face. Céphalée. Douleurs épigastriques. Maux de reins.

2 avril : Accès convulsif dans la rue, suivi de cinq autres à la maison.

3 avril : minuit 30, la femme est amenée à Baudelocque. Elle est dans le coma. P = 92. Chloroforme.

2 heures, matin : accès, cyanose. T. = 37°2. P. = 136. Cathétérisme : Albumine en grande quantité. Potion au chloral.

10 heures, matin : pouls dur, tendu. Pupilles contractées.

4 avril : 9 h. 55 matin : expulsion de fœtus mort, et 15 minutes après, expulsion spontanée du placenta. T. = 37° 4. P. = 140.

10 heures matin : Pouls petit.

1 heure soir : R. = 50-52. Oxygène. Depuis son entrée, la malade est dans le coma. P. = 140.

6 heures, soir : La femme succombe.

705 de 1905. — *Deux accès convulsifs pendant le travail.*

S. Z..., dix-neuf ans. I-pare. Premier accouchement normal. Pas d'albumine au cours de la première grossesse.

D. R. 28 au 31 août. Elle n'a pas consulté pendant sa grossesse. Le 9 mai, au matin, céphalée intense.

Entrée à la salle de travail le 9 mai à 10 h. 30 matin.

Céphalée, douleur épigastrique. Albumine très abondante.

T. = 36°8. P. = 60.

A midi 15 : premier accès convulsif de courte durée. Chloroforme et chloral.

2 h. 15 : deuxième accès. — T. = 36. 8 ; P. =112.

3 heures : rupture artificielle des membranes.

7 heures : expulsion spontanée d'un enfant vivant, suivie à 7 h. 10 du placenta.

Pas de nouvel accès.

Le 10 mai. Pas d'albumine.

Suites de couches normales.

983 de 1905. — *Cinq accès convulsifs au cours du travail.*

M. L..., vingt et un ans. Primipare. A eu à partir de l'âge de cinq à six ans des crises nerveuses d'allure épileptiforme.

A quatorze ans, premières règles. Dès cette époque les crises sont plus répétées et se renouvellent particulièrement à chaque période menstruelle.

D. R. : 1 au 4 octobre. A partir du troisième mois de la grossesse, crises plus fréquentes. Au cinquième mois signes de néphrite ; pas d'albumine ? En mai les signes persistent, toujours pas d'albumine ?

Le 28 juin, à 4 h. du matin, début du travail. Les urines contiennent 8 gr. d'albumine.

Le 29 juin, de 6 à 8 heures du matin : trois accès convulsifs ; les deux premiers sont prévus par elle-même et durent cinq minutes, le troisième s'établit soudainement.

A 9 heures du matin, quatrième accès T. = 36° 8. P. = 116. Chloroforme.

A 10 heures, cinquième accès. P. = 132. Chloral.

A 10 h. 45. Forceps ; délivrance 30 minutes après.

Le 30 juin. Disparition de l'albumine.

Suites de couches normales.

1549 de 1905.— *Albuminurie. 3 accès éclamptiques après l'accouchement*

P. J..., vingt-cinq ans, 1-pare.

Entre le 20 octobre à 5 heures matin, ayant des contractions douloureuses depuis quelques heures.

Dilatation complète à 6 heures soir. P. = 112.

21 octobre. — 7 heures matin : Accouchement. Délivrance 30 minutes après. P. = 80.

11 heures matin : Premier accès convulsif. Chloroforme.

2 heures soir : Deuxième accès convulsif.

3 heures soir : Troisième accès. Cyanose. Coma pendant un quart d'heure. T. = 37°1. P. = 124.

6 heures soir : Potion au chloral. — Nuit calme.

22 octobre. — P. = 104.

23 oclobre. — P. = 112.

27 octobre. — P. = 84.

28 octobre. — P. = 76.

La température est normale. La quantité d'urine oscille entre 3/4 de litre et 1 litre : et la quantité d'albumine va en diminuant.

1289 de 1907. — *Albuminurie. Un accès convulsif 3 heures après l'accouchement*

V. Emilie, vingt-trois ans. I-pare.

D. R..., 19-22 novembre.

Depuis le 9 août : Troubles visuels. Œdème des membres inférieurs. Céphalée. Point épigastrique.

15 août. — Entre à la salle de travail : Albumine en grande quantité. Œdème considérable des membres inférieurs. Bouffissure de la face. Céphalée intense. — Lavement évacuateur. Enveloppement de flanelle. Régime lacté. — P. = 80. TA. = 21,5 (Dilat. de 5 fr.).

2 h. 45 soir : Accouchement spontané : Enfant 2750 grammes.

Délivrance : placenta farci de foyers hémorragiques anciens et récents. — Après : P. = 90. TA. = 21,5.

Après l'accouchement la femme est isolée dans une chambre.

6 h. soir : Accès convulsif. A la fin de l'accès :

P. = 124 TA. = 23
6 h. 10 : P. = 116 TA. = 20,5
6 h. 15 : P. = 120 TA. = 22
6 h 20 : P. = 128 TA. = 20
6 h. 25 : P. = 108 TA. = 19,5
6 h. 30 : P. = 100 TA. = 21
6 h. 35 : P. = 100 TA. = 21
6 h. 40 ; P. = 84 TA. = 21
6 h. 45 : P. = 100 TA. = 21
} Agitation. Chloroforme.
6 h. 50 : P. = 100 TA. = 19,5
7 heures P. = 96 TA. = 19

Après l'accès la femme demeure quelques instants dans un état comateux.

De 7 à 9 heures, la malade est calme, elle se plaint de céphalée violente.

9 heures soir : P. = 76 TA. = 19,5
10 heures soir : P. = 96 TA. = 18
11 heures soir : P. = 88 TA. = 17,5
16 août minuit : P. = 120 TA. = 18

La femme souffre de ne pouvoir uriner. Cathétérisme.

1 heure matin : P. = 96 TA. = 17,5
2 — : P. = 84 TA. = 17
3 — : P. = 88 TA. = 15,5
5 — : P. = 88 TA. = 15,5
7 — : P. = 80 TA. = 15,5 Purgatif.
Midi : P. = 80 TA. = 15
7 heures soir : P. = 92 TA. = 17 Urines 2,250 gr.

Lavement évacuateur. Céphalée.

17 août : P. = 88 TA. = 16,5 U. = ?
18 — : P. = 88 TA. = 17 U. = ?
19 — : P. = 100 TA. = 17 U. = 2.000 A. = 6 gr.
20 — : P. = 104 TA. = 16,5 U. = 2.000 A. = 4 »
21 — : P. = 96 TA. = 17 U. = 2.000 A. = 6 »
22 — : P. = 84 TA. = 14,5 U. = 2.000 A. = 4 »
23 — : P. = 80 TA. = 15,5 U. = 2.000 A. = 3 »
24 — : P. = 80 TA. = 15,5 U. = 2.500 A. = 1,50
25 — : P. = 72 TA. = 15 U. = 2.500 A. = 1,50

26 — : P. = 72 TA. = 15,5 U. = 3.000 A. = 1,25
27 — : P. = 84 TA. = 15 U. = 3.000 A. = 1,25
28 — : P. = 88 TA. = 15 U. = 2.500 A. = ?
29 — : Quitte la clinique sur sa demande.

Suites de couches apyrétiques.

1331 de 1907. — *Albuminurie. Accouchement prématuré. 35 accès convulsifs à la clinique*

T. Cléo. dix-neuf ans. II-pare.

*Première grossesse* : Avortement au quatrième mois.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : Janvier.

Au cinquième mois : œdème des jambes, céphalées intenses. Troubles visuels.

21 août. — Dans l'après midi : Premier accès convulsif sur lequel on n'a pas de renseignements.

Elle est amenée à la Clinique à 5 h. 30 soir, dans le coma.

*Examen.* — HU. = 28. Présentation de l'extrémité céphalique. Auscultation nulle. Au toucher : Col long, perméable. Membranes intactes. T. = 37. P. = 92. TA. = 24.

Grand lavement évacuateur.

6 h, 30 : Première crise convulsive typique. Chloroforme. Lavement de chloral qui n'est pas gardé. Chloral en potion.

Enveloppement de flanelle. Isolement dans une chambre chaude.

10 heures soir : P. = 112. TA. = 24.

10 h. 30 : Deuxième crise convulsive.

Après la crise : P. = 156. TA. = 24.

Urines (recueillies par sondage) : 20 grammes.

Pendant toute la nuit les crises se succèdent à peu près de demi-heure en demi-heure.

22 août. — 7 h. 45 matin : Dernier accès convulsif. En tout dans la nuit il y a eu 35 accès convulsifs.

8 heures matin : Cathétérisme vésical : pas d'urines dans la vessie.

8 h. 50 : Dilatation complète. Expulsion d'une fille mort-née.

9 h. 15 : Délivrance : Placenta farci d'infarctus anciens et récents. Après : P. = 108.

10 heures : P. = 122. TA. = 19,5.

3 h. 30 soir : P. = 104. TA. = 20.

Cathetérisme : Urines : 60 grammes, foncées, contiennent des cylindres.

Pendant toute la journée, la malade a des symptômes d'excitation mais pas de crise convulsive.

6 heures soir : P. = 88. TA. = 19.

23 août. — La malade a bien reposé toute la nuit. Etat relativement satisfaisant. P. = 68. TA. = 18. Urines : 1 litre.

24 août. — Même état. P. = 68. TA. = 18. U. : 3250 grammes.

25 août : P. = 80 TA. = 18,5
26 — : P. = 92 TA. = 16,5
27 — : P. = 82 TA. = 15,5
28 — : P. = 84 TA. = 15,5
29 — : P. = 84 TA. = 16
30 — : La malade quitte le service sur sa demande.

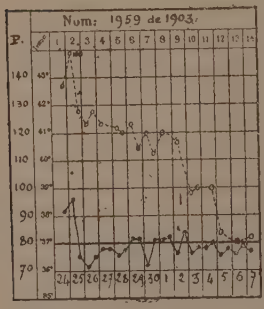
## Vomissements dits incoercibles.

1959 de 1903. — *Vomissements graves. — Avortement de trois mois.*

X..., couturière, 24 ans, II-pare.

1 Accouchement normal.

2° Grossesse actuelle. Dernières règles du 16 au 20 août. Etat maladif pendant le premier mois qui suivit la suppression des règles.




Le 20 septembre, apparition de vomissements alimentaires et bilieux, très fréquents dès le début.

Elle consulte un médecin qui pense à une affection stomacale et la soigne en conséquence.

Elle suit le régime un mois, pendant lequel l'état s'aggrave.

Elle fut envoyée à l'hôpital Laennec dans le service du professeur Landouzy.

Constatations à l'arrivée : Facies pâle, fatigué, émacié, amaigrissement notable, langue saburrale à bords rouges, soif intense. Régurgitations glaireuses le matin au reveil, nausées continuelles.

Les vomissements constituent le symptôme prédominant. Ces vomissements se répètent plusieurs fois dans la journée et surviennent également la nuit ; ils sont abondants, alimentaires et bilieux, s'accompagnant de douleurs épigastriques.

Les urines sont peu abondantes, rouges, ne contiennent ni sucre, ni albumine, ni indican.

La température est normale. P. : 110.

Le développement de l'utérus fait penser à la possibilité d'une grossesse.

La malade est mise immédiatement au régime lacté absolu. (Eau de Vichy.)

Le lendemain de son entrée, le 10 novembre, la température s'élève à 38°2 et redescend le 11 à 37°5.

La malade continue à vomir, le lait est remplacé par du képhyr. Pointes de feu sur la région épigastrique. Pas d'amélioration.

On supprime alors toute alimentation par la voie buccale : injection de sérum artificiel, lavements nutritifs.

Il semble qu'à ce moment une amélioration va se produire, le pouls est redevenu normal. (P. : 88 le 18).

A cette date le docteur Couvelaire la voit à Laennec.

Il trouve la malade plutôt en voie d'amélioration. Les vomissements ont considérablement diminué et sont remplacés par du ptyalisme ; M. Couvelaire donne le conseil de maintenir le même régime. (Lait, eau, injection de sérum).

Il trouve un utérus gravide de trois mois en rétroversion.

Deux jours après, le 23 septembre, l'état s'aggrave de nouveau, le pouls s'élève à 120, la T. à 38°.

On supprime le lait et on le remplace par du képhyr qu'elle ne peut tolérer. Lavements de sérum, injections de morphine.

Le 23, apparitions de contractions utérines douloureuses. Lavement laudanisé. Legère perte sanguine.

Le 24, elle est amenée à Baudelocque; 1 heure soir : à son arrivée, on constate un état de maigreur effrayante, les yeux sont excavés, la langue et les gencives d'un rouge vif; elle présente une *teinte ictérique* très marquée ; la température est à 38°, le pouls à *136*.

Contractions utérines douloureuses tout l'après-midi et la nuit suivante ; elle présente pendant ce temps quelques vomissements.

*Le 25 au matin.* Expulsion d'un embryon de trois mois et de nombreux caillots — T : 38°5 — P$^s$ : 160.

Le même jour, 10 heures soir : expulsion du placenta; déjà à ce moment le pouls est redescendu a 136 et la température à 36°7. La malade a uriné 1 litre dans les 24 heures.

Le lendemain la température est à 36°. Il y a hypothermie avec un pouls à 128. Les vomissements ont cessé.

Les jours suivants : émission d'urine : 1 litre ; la température remonte progressivement jusqu'à 37° où elle se maintient à partir du 29 novembre ; le pouls diminue de fréquence : 120 le 1$^{er}$ décembre, 92 le 4 décembre et 80 le 6 décembre.

L'état général s'améliore petit à petit, la teinte ictérique disparait ; la femme est maintenue au régime lacté jusqu'à ce que le pouls soit redevenu normal.

Le 6 décembre, l'alimentation solide est reprise.

La femme quitte le service en bon état le 20 décembre.

1200 de 1904. — *Toxhémie gravidique. Vomissements graves, Interruption de la grossesse au cours du septième mois.*

B. M..., vingt-quatre ans III-pare.

Deux accouchements antérieurs normaux.

Grossesse actuelle : D. R. : 26-27 février.

Au début, vomissements bilieux et alimentaires.

En mai (au 3$^e$ mois) consulte : elle continue à vomir 8 à 10 fois par jour. Les vomissements apparaissent même la nuit, en dehors de toute ingestion d'aliment. Amaigrissement rapide. Pas d'albumine dans les urines.

Au cinquième mois : céphalée violente. Insommie presque

absolue. La femme garde le lit : douleur épigastrique. Sensation d'étouffement.

La femme entre à la clinique : P. = 140. Langue blanchâtre, rouge sur les bords. Vue trouble. La femme, qui pesait 72 kilogrammes, ne pèse plus que 62.

On lui donne de l'eau et on lui fait respirer de l'oxygène.

4 septembre. — Conjonctives jaunâtres, vision trouble, céphalée intense. P. = 124.

On interrompt la grossesse : Ballon de Champetier.

5 septembre. — A midi : expulsion du fœtus.

*Suites de Couches.* — T. = 39°2. P. = 112 ; le cinquième jour. Injection utérine.

T. = 40. P. = 124, le sixième jour. Injection utérine.

Ensuite température normale.

1381 *bis* de 1904. — *Toxhémie gravidique. — Vomissements graves. — Interruption de la grossesse au deuxième mois. — Mort.*

G..., vingt-six ans, III-pare.

Premier accouchement normal.

Deuxième grossesse. Vomissements graves. Avortement au troisième mois.

*Grossesse actuelle* : D. R : 10-13 août.

10 septembre : Vomissements survenant à toute heure du jour. Aucun aliment n'est gardé. Diarrhée séreuse.

Les accidents disparaissent la nuit.

20 septembre. : L'état s'aggrave, la malade n'a plus la force de se tenir debout. Repos absolu. Régime lacté absolu.

30 septembre. : Etat général mauvais. La femme est amenée à la clinique Baudelocque le 3 octobre. T. = 37°. P. = 96. R. = 28. Amaigrissement. Teint jaunâtre. Douleur épigastrique. Ptyalisme. Alimentation impossible. Pas d'albumine.

3 octobre. T. = 37° 3. P. = 100. R. = 36.

4 octobre. P. = 104.

5 octobre. P. = 96. Vomissements bilieux. Urines 250 grammes.

6 octobre. Diarrhée. Nausées.

Midi : on interrompt la grossesse. Ballon.

8 octobre : 11 h. 30. Expulsion de l'œuf.

9 octobre : Etat général meilleur. Pas de vomissements. Urines : 600 grammes.

10 octobre : Curettage.

Douleur au niveau de l'omoplate gauche et du sein gauche.

12 octobre : Crise de suffocation, dyspnée. T. = 37° 4 P. = 124.

13 octobre : T. 38°. P. = 132.

16 octobre : La femme meurt à 11 heures soir.

*Autopsie* : Pleurésie purulente sus-diaphragmatique enkystée.

Pneumonie de la base gauche. Broncho-pneumonie diffuse à droite.

1709 de 1904. — *Toxhémie gravidique. Vomissements graves Interruption de la grossesse au cours du troisième mois.*

B. J... trente-six ans II-pare.

Premier accouchement normal : suites de couches pathologiques.

*Grossesse actuelle* : D. R. : 25-28 août.

Huit jours plus tard, vomissements, surtout le matin.

Les vomissements deviennent plus fréquents, surviennent à toute heure.

En novembre, l'état s'agrave., toute alimentation est impossible. Elle cesse de travailler et doit s'aliter

23 novembre : entre à la Clinique Baudelocque :

T. = 37°. P. = 116. Teinte ictérique. Poids : 46 kilogrammes. Pas d'albumine. 500 grammes d'urines.

24 novembre : Crachement de sang. Vomissements presque continuels. Urines : 500 grammes.

25 novembre : urines : 400 grammes.

26 novembre : urines : 250 grammes.

27 novembre : urines : 350 grammes.

28 novembre : urines : 750 grammes. Lavement matin et soir, frictions à l'alcool.

29 novembre : urines : 500 grammes. P. = 128.

30 novembre : urines : 500 grammes P. = 140.

1er décembre : Dyspnée : P. = 140.

2 décembre : urines : 300 grammes P. = 130.

3 décembre : urines : 250 grammes P. = 116 à 140. Poids : 43 kilogrammes.

1 h. 30. On interrompt la grossesse : Ballon.

4 décembre : urines : 500 grammes.

11 h. 40 soir : extraction du fœtus. Délivrance artificielle. Injection utérine.

6 décembre : urines : 500 grammes.

7 à 8 décembre : — 500 grammes, la malade ne vomit plus. Les urines deviennent plus abondantes et le pouls moins rapide — 92 le *21 décembre*.

Quitte le service le 28 décembre.

1494 de 1905. — *Vomissements graves. Interruption de la grossesse dans le cours du 4e mois*

P. G..., 21 ans, primipare.

D. R. du 27 au 30 juin : dès les premiers jours de juillet vomissements abondants qui persistent malgré le régime lacté absolu.

Entre à la clinique, le 23 août 1905.

Du 25 août au 19 septembre : on essaie successivement, à doses fractionnées et répétées, du lait, du képhyr, de l'eau stérilisée, du racahout, de la tisane, des lavements de chloral. Les vomissements continuent.

Du 19 septembre au 26 : électrisation des régions stomacales et hypogastriques. Aucun résultat.

Le 26, P. = 100 et 108. T. normale.

A partir du 27 : diète hydrique, lavements de sérum et de chloral, inhalations d'oxygène.

Le 27, P. = 104. T. normale.

28, P. = 108.

29 et 30, P. = 94.

1er octobre : 2 lavements sont rejetés aussitôt avec quelques matières. 1 lavement de chloral est gardé. Inhalations d'oxygène. La malade absorbe par cuillerées à soupe, 500 grammes

d'eau dont 130 grammes rejetés aussitôt. 6 cuillerées à soupe de bouillon sont gardées. 2 lavements de sérum. 2 lavements d'eau bouillie rejetés avec quelques matières. P. = 94.

2 octobre : La malade n'accepte que 90 grammes d'eau qu'elle garde, 15 grammes de lait qu'elle garde et 30 grammes de bouillon dont elle vomit la moitié. 2 lavements de sérum, gardés ; 2 lavements d'eau bouillie, dont 1 rejeté; 1 lavement de chloral. Inhalations d'oxygène. P. = 94.

3 octobre : La malade prend 180 grammes de liquide, dont 30 rejetés ; 120 grammes de lait chocolaté, gardés ; 90 grammes de café au lait, gardés ; 2 lavements de sérum, gardés ; 2 lavements d'eau bouillie, évacués ; 1 lavement de chloral. Inhalations d'oxygène. P. = 102. T. normale.

4 octobre : Café au lait 270 grammes dont 180 rejetés ; 150 grammes d'eau, dont 60 rejetés; 30 grammes de lait chocolaté, gardés ; 2 lavements de sérum, 2 lavements d'eau bouillie, évacués, 1 lavement de chloral. Inhalations d'oxygène.

9 vomissements dans les 24 heures.

P. = 102. T. normale.

5 octobre : Les vomissements persistent sans arrêter depuis l'entrée à l'hôpital. Le poids est tombé de 116 livres à 93. Le corps est émacié, les téguments sont jaunâtres.

Depuis l'entrée : douleur épigastrique, abattement, insommie avec périodes d'excitation cérébrale. Toux.

Depuis le 2 octobre : troubles visuels. Urines claires et assez abondantes. P. = 108.

On décide d'interrompre la grossesse. Laminaire.

6 octobre : P. = 108. Faiblesse extrême. Intervention sous-chloroforme. Extraction du fœtus et du placenta. Injection intra-utérine et mèche iodoformée. Au réveil : frisson de 10 mintes. Pouls petit et irrégulier à 132 ; état de shock très marqué,

7 octobre : Agitation, peau chaude. P. = 120. T. rectale = 38° 2. Violent mal de tête. Insommie et agitation pendant la nuit. 3 vomissements.

8 octobre. P. = 120. T. 36° 8 et 37° 8. Prostration. 1 vomissement.

9 octobre : P. = 120. T. normale. Ictère. Urines noires, bi-

lieuses. Douleur épigastrique continue. Délire furieux pendant la nuit. Hallucinations. Morphine.

10 octobre : P. = 132. Prostration accusée. Urines noires. Alimentation buccale impossible.

11 octobre : P. = 96. Urines plus claires, diarrhée. Alimentation reprise et tolérée.

12 à 14 : Amélioration marquée. P. = 92.

Le 1er Novembre : la femme se lève mais ne peut se tenir debout : névrite périphérique tardive.

Le 25 novembre : Départ pour le Vésinet.

En 1907, cette femme est venue accoucher à la Clinique Baudelocque et voici son observation : 1593 de 1907.

G... Pauline, vingt-quatre ans, II-pare.

Grossesse antérieure : Baudelocque, février 1905, *obs. 1494.*

Grossesse interrompue au cours du troisième mois pour vomissements graves. Polynévrite consécutive, soignée pendant huit mois à la Salpêtrière.

Grossesse actuelle : D.R. : 1-5 janvier.

Vomissements pendant les cinq premiers mois.

| | | |
|---|---|---|
| 9 août. — | P. = 72. | TA. = 14,5 |
| 10 — | P. = 82. | TA. = 15 |
| 11 — | P. = 80. | TA. = 15,5 |
| 12 — | P. = 80. | TA. = 15,5 |
| 13 — | P. = 96. | TA. = 15, |
| 14 — | P. = 84. | TA. = 15,5 |
| 16 — | P. = 76. | TA. = 16, |
| 17 — | P. = 84. | TA. = 14,5 |
| 19 — | P. = 84. | TA. = 15,5 |
| 21 — | P. = 76. | TA. = 15 |
| 23 — | P. = 80. | TA. = 15 |
| 27 — | P. = 84. | TA. = 15 |
| 9 octobre : | P. = 88. | TA. = 15,5 |

12 octobre : Accouchement à 3 heures matin.

Délivrance normale, pas de lésion placentaire.

Après, P. = 68.

| | | | |
|---|---|---|---|
| 14 octobre. | — P. = 76. | TA | 14- |
| 15 — | P. = 72. | TA = | 15,5 |
| 16 — | P. = 80. | TA = | 15,5 |
| 17 — | P. = 80. | TA = | 15 |
| 18 — | P. = 84. | TA = | 14 |
| 19 — | P. = 72. | TA = | 14 |
| 20 — | P. = 84. | TA = | 13,5 |
| 22 — | P. = 72. | TA = | 15 |
| 23 — | P. = 72. | TA = | 15 |

1512 de 1905 — *Vomissements graves de la grossesse. — Interruption de la grossesse dans le cours du troisième mois.*

X. X..., IV-pare, deux accouchements antérieurs normaux, un avortement de trois mois.

D. R. du 25 au 28 juillet. Vomissements ont commencé au début de septembre. D'abord rares, ils augmentent ensuite de fréquence, et, le 15, tous les aliments sont rejetés.

20 septembre. — Régime lacté, puis diète absolue sans résultat.

25 septembre. — Entre à la clinique. Femme amaigrie. Téguments jaunâtres, langue saburrale, douleur épigastrique. P. 84.

Eau bouillie, lavements d'eau bouillie et de chloral. Oxygène.

Les jours suivants 12 à 16 vomissements par vingt-quatre heures, diminution du poids.

Accélération progressive du pouls :

| | | |
|---|---|---|
| 29 septembre. | — P. = | 100. |
| 30 — | P. = | 90. |
| 1er — | P. = | 104. |
| 2 — | P. = | 96. |
| 3 — | P. = | 100. |
| 4 — | P. = | 100. |
| 5 — | P. = | 104. |
| 6 — | P. = | 96. |
| 7 — | P. = | 104. |
| 8 — | P. = | 112. |
| 9 — | P. = | 108. |
| 10 — | P. = | 112. |

Pendant ce temps Température normale ; urines rares, de 500 à 750 grammes.

9 octobre. — Laminaire.

10 octobre. — Ballon. Extraction de l'embryon et du placenta. Injection intra-utérine. T. = 38°8. P. = 132.

11 octobre. — T. normale. P. 116 et 104. La malade peut garder 6 cuillerées d'eau et 6 demi-verres de lait.

12 octobre et les jours suivants. Les vomissements cessent, le pouls se ralentit.

12 octobre. — P. = 108 et 116. Urines 1.100 grammes.

13 octobre. — P. = 92.

23 octobre. — P. = 88.

27 octobre. — Exéat.

1810 de 1905. — *Vomissements dits incoercibles. — Interruption provoquée de la grossesse au cours du deuxième mois.*

M. J..., vingt-deux ans. II-pare. Scarlatine et albuminurie à huit ans.

Vomissements graves au cours de la première grossesse. La malade ne supportait que la bière qu'elle gardait incomplètement. Les vomissements disparurent à la suite de l'avortement, avortement provoqué en dehors de toute idée thérapeutique.

Depuis cet avortement, malade affaiblie, garde le lit. Métrite. Règles normales.

D. R. du 1er au 5 octobre.

Premier vomissement le 4 novembre. Ils deviennent de plus en plus fréquents les jours suivants et finissent par se produire en dehors de l'ingestion des aliments.

Entre à la Clinique le 27 novembre. Femme très maigre à facies jaunâtre. Poids 49 kilos. P. = 136.

Diète hydrique, chloral, lavements, oxygène, frictions.

28 novembre. — T. = 36°8. P. = 120.

29 novembre. — T. = 36°6. P. = 104 et 120.

La femme absorbe 2 litres d'eau. Poids des vomissements : 1.100 grammes. Urines 500 grammes.

30 novembre. — Absorption de 1 litre 1/2 d'eau. Vomisse-

ments : 670 grammes. Urines : 250 grammes. T. = 37. P. = 124.

1er décembre. — Absorption de 1 litre 1/4 d'eau. Vomissements : 640 grammes. T. = 36°9. P. = 112 et 116. Urines : 350 gr.

2 décembre. — Absorption de 1 litre 1/2 d'eau. Vomissements : 460 grammes. T. = 37. P. = 128 et 124. Urines 250 gr.

3 décembre.—Absorption de 1 litre 1/2 d'eau. Vomissements 470 grammes. T. = 37 : P. = 124 et 132. Urines : 300 gr.

Pas d'amélioration, femme prostrée, langue sèche, douleur épigastrique.

4 décembre. — Le pouls est à 104, urine rougeâtre et trouble, 250 grammes. Agitation. idées incohérentes, diplopie. Poids : 45 kilos. Dilatation du col avec bougies de Hégar et ballon.

5 décembre. — Expulsion spontanée du ballon et de l'embryon.

6 décembre. — Expulsion spontanée du placenta. Injection intra-utérine. Le régime lacté absolu est maintenu jusqu'au 29 décembre. A partir du 29 : 2 litres de lait, purées, 4 œufs.

6 décembre soir : T. = 37°8. P. = 150. Urines = 1.000 gr.

7 — T. = 37. P. = 132 et 134. Urines = 1.500 gr.

8 décembre soir : T. = 36°6 et 37. P. = 120. Urines = 1.000 gr.

9 décembre soir : T. = 36°8. P. = 124 et 112. Urines normales ensuite.

10 décembre soir : T. normale. P. = 128 et 120.

11 — T. normale. P. = 120.

12 — T. normale. P. = 114.

13 — T. normale. P. = 110.

14 — T. normale. P. = 120.

16 — T. normale. P. = 110.

21 — T. normale. P. = 98.

Premier lever le 1er janvier.

Sortie le 11 janvier en bon état.

1327 de 1907. — *Vomissements graves. — Interruption de la grossesse par M. Mouchotte. Grossesse molaire.*

G. M..., vingt ans, couturière, entre à la clinique Baudeloc que le 13 août.

Son père et sa mère sont morts d'affection pulmonaire.

Elle contracte la rougeole et la variole dans l'enfance ; ce furent les deux seules maladies dont elle fut atteinte. Quant à ses antécédents physiologiques, ils ne présentent rien de particulier. Les règles apparaissent pour la première fois à l'âge de quinze ans, irrégulièrement au début.

En juin 1906, à l'âge de dix-neuf ans, la femme fait un avortement de quatre mois. Au cours de cette première grossesse, surviennent des vomissements fréquents et un amaigrissement notable ; mais l'alimentation n'a jamais été entravée.

Un médecin consulté, aurait, en présence de l'hypertrophie de l'utérus et d'une sécrétion vaginale exagérée, porté le diagnostic de métrite. Il aurait alors pratiqué des cautérisations cervicales, placé des tampons vaginaux à l'ichtyol. Il semble que c'est à cette thérapeutique intempestive pratiquée pendant quinze jours que serait dû l'avortement précédé de plusieurs hémorragies. Les suites furent pathologiques, nécessitant un curettage fait à l'hôpital d'Angers, cinq jours après l'avortement. Les règles seraient réapparues deux mois après l'intervention.

*Grossesse actuelle.* — Les dernières règles datent du 1er au 6 juin.

Le 10 juillet, pour la première fois, la femme vomit et, dès ce premier jour, les vomissements se répètent trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures.

Bientôt les vomissements deviennent plus fréquents, douloureux, rendant impossible toute alimentation.

Un médecin appelé le 25 juillet prescrit un traitement symptomatique qui n'a aucun succès.

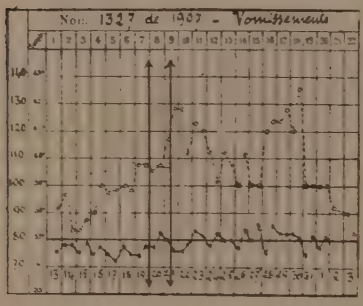
Le 9 août, l'état général est très altéré. Une sage-femme conseille à la malade d'entrer à la Clinique.

A son entrée, le 13 août, on constate un amaigrissement con-

sidérable. L'utérus a le volume d'un utérus gravide de deux mois, il est en antéflexion accusée. le col est long, fermé. T. = 36°4. P. = 92. T. A. = 13,5.

Du 13 au 15 août : la femme est soumise au régime lacté absolu et à doses fractionnées. Lavements de sérum quotidiens (300 grammes). Emission de 600 grammes environ d'urine légèrement albumineuse. Malgré le régime lacté, les vomissements persistent avec la même intensité.

15 août : P. = 96. T. A. = 12,5.




Le 16 août on impose la diète hydrique ; grands lavages intestinaux à l'eau bouillie : l'ingestion d'eau, même à la dose d'une cuillerée à café, provoque les vomissements ; le creux épigastrique est douloureux; l'état général s'altère de plus en plus ; l'amaigrissement s'accentue ; le poids qui était de 39 kilogrammes le 15 août est de 38 le 17 — 36 kgr. 5 le 19.

Les masses musculaires disparaissent, le ventre est en bateau, les épines iliaques antéro-supérieures ainsi que la symphyse pelvienne dessinent un relief saillant.

Les urines acajou diminuent de quantité :

17 et 18 août. — 500 grammes.

19 août. — 400 grammes.

Les pupilles se dilatent, l'insommie qui était partielle devient complète, le pouls s'accélère.

16 août : P. : 90.

17 août : P. : 96.

18 août : P. : 100.

19 août : P. : 108.

19 août. — MM. Wallich et Mouchotte sont d'accord pour interrompre la grossesse.

| | | |
|---|---|---|
| Tension artérielle : | 13,5 | le 14. |
| — | 12 | les 15 et 16 |
| — | 13 | le 17 |
| — | 12,5 | le 18 |

19 août. 6 heures soir. — Soins antiseptiques rigoureux de la vulve et du vagin.

M. Mouchotte introduit dans l'utérus une tige de laminaire n° 14.

La femme ne vomit que deux fois pendant la nuit suivante et ne vomit pas le lendemain. TA = 12.

20 août. — T. = 36°8. P. = 106. TA. = 12. Le soir. la tige de laminaire est remplacée par une n° 24. Urines : 500 grammes.

21 août. — T. = 37 degrés. P. = 116. TA. = 12,5. A 11 heures matin, la femme est anesthésiée, la laminaire n° 24 est enlevée et le col est dilaté avec des bougies de Hegar.

M. Mouchotte procède alors à l'évacuation digitale de l'utérus. Le doigt ramène des fragments d'une masse composée de tissu placentaire normal, mais surtout des vésicules nombreuses. Il s'agit d'une *môle*.

L'examen de la masse retirée ne permet pas de constater la présence d'un embryon.

Injection intra-utérine de 2 litres d'eau bouillie à 50 degrés. Une mèche de gaze stérilisée est placée dans la cavité utérine qui saigne beaucoup malgré la vacuité.

Une tamponnement vaginal à la gaze stérilisée termine l'intervention.

Le soir T. = 36°8. P. = 128. 600 grammes d'urine couleur acajou.

22 août. — T. m. = 36°8. P. = 128. TA. = 14,5. La mèche utérine est enlevée. Injection vaginale à l'eau bouillie. La femme absorbe 1 litre de lait dans le courant de la journée. Injection sous-cutanée de 500 grammes de sérum.

Lavement évacuateur qui ne ramène que quelques parcelles stercorales.

T. s. = 36°8. P. = 112.

23 août. — T. = 37° 3. P. = 124 le matin. TA. = 14. Urines : 1 litre.

La femme absorbe environ 1 litre 1/2 de lait. Elle ne vomit plus, lavement évacuateur. Injection vaginale à l'eau bouillie, laquelle est renouvelée tous les jours. T. s. = 37°3. P. = 120.

24 août. — T. m. = 36°8. P. = 112. TA. = 14,5. Soir T. = 37°2. P. = 104.

3 litres de lait ; 1 litre d'urines foncées. La femme a un peu de diarrhée.

25 août. — T. = 37 degrés. TA. = 16. Pouls : 112, 108, 1 litre d'urines. 4 à 5 selles diarrhéiques. Ictère.

26 août. — T. = 36°8, 37°4. P. = 100, 112, 3 litres de lait. TA. = 16.

27 août. — T. = 37 degrés. P. = 100. TA. = 15. La femme ne vomit pas, ayant pris un consommé et une purée de pommes de terre. Le soir, le pouls est à 100 ; pendant quatre jours l'alimentation continue : purée de légumes, chocolat, consommé, le tout pris en petite quantité. L'ictère a disparu.

La température atteint 37°5, mais le pouls remonte, se maintient du 27 au 30 août au-dessus de 120 (124, 128, 136). TA. = 14.

31 août. — On reprend le régime lacté absolu et le soir le pouls redescend à 100, il s'y maintient le 1er et le 2.

3 septembre. — Il est à 92, le 4, à 90 et 84.

A partir de cette date il oscille entre 90 et 84.

La température redescend à 37° 3 et demeure normale.

Depuis le 29 août la femme urine quotidiennement 2 litres, l'urine reprend peu à peu sa coloration normale en même temps que l'état général s'améliore progressivement. Dès le deuxième jour après l'intervention, l'insomnie avait disparu.

Les suites furent donc simples, troublées seulement par l'apparition d'un point douloureux à la base du poumon droit le 28 août, point douloureux qui céda à la sinapisation : ces suites furent également marquées par l'ascension du pouls à la suite de la reprise trop hâtive de l'alimentation.

Les purées de légumes furent reprises le 4 septembre ; le pouls demeure à 90 environ ; dès lors la femme entre en pleine

convalescence, elle quitte le service en bon état le 30 septembre.

*Vomissements graves.* (Obs. de Baudelocque non numérotée).

C..., II-pare, vingt-cinq ans.

Première grossesse terminée en décembre 1904 par un accouchement gémellaire, enfant mort vingt-quatre heures après la naissance.

*Grossesse actuelle.* — D. R. 20 au 28 juillet.

Dès le début de la grossesse, les vomissements se montrent le matin à jeun, puis aussitôt après le repas.

Dans le courant du mois d'août les vomissements deviennent beaucoup plus fréquents. La malade s'alimente avec du lait, des potages, bouillon.

Elle éprouve de violentes douleurs dans la fosse iliaque gauche. Les vomissements persistent ; amaigrissement notable. La femme est envoyée à la Clinique.

*Examen* le 26 septembre :

Utérus remontant à 2 travers de doigt au-dessus du pubis ; par le toucher, on constate un certain degré d'antéversion, dévié à droite.

A son entrée à la clinique la femme est mise au régime hydrique, elle continue à vomir.

27 septembre. — Poids 45 kilogrammes. Pouls : 94.

28 septembre. — Lait coupé de moitié eau, par cuillerées à café ; 500 grammes d'urines émises en vingt-quatre heures. Deux lavements de sérum de 300 grammes. Poids 42 kgr. 500.

La malade, continuant à vomir, est remise à la diète hydrique. Deux lavements de sérum de 300 gr.

29 septembre.— Régime hydrique (eau par petites quantités). Deux lavements de sérum de 300 gr. — Poids 42 kgr. 500.

29 au 30 septembre. — La femme ne vomit pas. Régime hydrique.

30 septembre, 7 heures matin. — Vomissement. Poids 42 kgr. P. = 100.

10 heures matin : un lavement de sérum de 300 gr. Urines 1.250 gr. Lait et eau.

La malade ne vomit qu'une fois dans l'après-midi.

1er octobre. — Un lavement de sérum de 300 gr. Poids 42 kgr. 500. Urines de 7 heures soir à 6 heures matin : 500 gr. Dans la journée la femme ne vomit qu'une fois.

7 heures soir : Lavement de sérum de 300 gr. Dans la journée la femme a absorbé 250 gr. de lait.

2 octobre. — Sérum 300 gr. Poids : 43 kg. Urines : 750 gr. Lait et eau par petites quantités.

2 au 3 octobre. — Lait et eau : 1/3 lait et 2/3 eau. Urines : 1 litre. Deux lavements de sérum de 300 gr.

3 octobre. — Poids : 44 kgr. Urines : 1000 gr.

4 octobre. — Poids : 44 kgr. Urines : 1000 gr. Deux lavements sérum.

5 octobre. — Poids : 43 kgr. Aucun vomissement.

La femme prend du lait pur depuis le 4 octobre.

Un seul lavement de sérum de 300 gr. Urines 1000 gr.

6 octobre. — Pouls : 83. Urines : 1500 gr. Poids : 44 kgr. 5. Lavement de sérum (300 gr.)

7 octobre. — Lavement de sérum. Poids : 44 kgr. Tension : 15, 5. Pas de vomissements depuis le 4 octobre. Urines : 1.500 gr. La malade absorbe environ 2 litres 1/2 de lait par jour.

8 octobre. — Pouls : 112. Tension : 14,6. Urines : 2000 gr. Pas de vomissements, 3 litres urines. Poids : 44 kgr. Sérum, lavement de sérum de 300 gr.

9 octobre. — P. = 100. T. = 15, 5.

10 octobre. — P. = 104. T. 15,5 ; Poids : 43 kgr. 5.

11 octobre. — P. = 96. T. = 15 ; Poids : 43 kgr. 5.

3 litres de lait pur en vingt-quatre heures.

12 octobre. — P. 122. TA. = 14,5 ; purée, lait.

13 octobre. — P. = 128. TA. = 14,5 ; purée, lait.

14 octobre. — P. = 100. TA. = 15. Poids 45 kgr.

15 octobre. — P. = 104. TA. 14. Poids 45 kgr.

16 octobre. — P. = 104. TA. = 15. Poids 46 kgs.

Depuis le 12 octobre la femme mange ; elle quitte le service en bon état le 17 octobre.

*Vomissements dits incoercibles* (Observation de Baudelocque non numérotée)

M... Blanche, vingt-quatre ans. I-pare.

R. R. : 15-18 septembre.

Evolution normale de la grossesse jusqu'au 25 octobre. A partir de cette date, vomissements continuels survenant à toute heure du jour.

4 novembre. — Consultation : on supprime toute alimentation solide (lait et eau).

5 novembre. — Entre à la clinique : lait et eau, pas de vomissements, quoique la femme ait mangé des biscuits.

6 nov. — Traces d'albumine.
8 — P. = 96. TA. = 12
10 — P. = 100. TA. = 14
11 — P. = 100. TA. = 13,5
12 — P. = 96. TA. = 14 Urines : 1.500 gr.
Plus de vomissements.
14 nov. — P. = 84. TA. = 13 Lait, potages.
16 — P. = 92. TA. = 13 Vomissements.
Lait, eau,
18 nov. P. = 96. TA. = 14
20 — P. = 92. TA. = 14

Jusqu'au 25 : Pouls oscille entre 96 et 100. TA. = 14.

25 novembre. — Plus de vomissements. TA = 14. P. 92.

On reprend peu à peu l'alimentation ordinaire.

Le pouls oscille autour de 90. TA. = 14

La femme quitte le service en bon état le 1er décembre.

*Vomissements graves. — Interruption de la grossesse.* — (*Observation* due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Couvelaire.)

X..., III-pare.

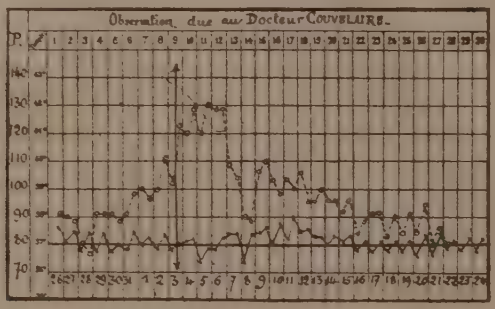
*Première grossesse.* — Avortement provoqué vers trois mois et demi. Opération d'Alexander pour remédier à une rétroversion.

*Deuxième grossesse.* — Premiers symptômes d'intolérance

gastrique six semaines après les dernières règles. D'emblée symptômes inquiétants. — Interruption à deux mois.

*Grossesse actuelle*. — D. R. : ?

Du 26 janvier au 3 février on fait le matin 125 grammes de de sérum et le soir 250 grammes.




26 janvier. — Lavage rectal. Lait.

27 janvier. — Lait. U = 1000 grammes.

28 janvier. — Lavement d'huile. Lavement avec sulfate de soude. U = 600 grammes.

29 janvier. — Lavage rectal. Lavement de chloral (2 gr.). U = 650 grammes.

30 janvier. — Lavement nutritif. Lavement de chloral (1 gr.). U = 650 grammes.

31 janvier : Idem. U = 650.

1er février. — Bougie n° 16. Lavement de chloral : 2 grammes. U = 650 grammes.

2 février. — Huile camphrée. Lavement de chloral : 2 grammes. U = 650 grammes.

3 février. —Interruption de la grossesse. U = 750 grammes.

4 — On retire la mèche. U = 500 grammes. Subictère.

5 — Lavement de lait. Lavement de chloral (2 gr.), U = 650 grammes.

6 février. — Frictions aromatiques. U = 900 grammes.

7 — Idem. U = 950 grammes.

8 — Eau de Vichy et d'Evian. U = 700 grammes.

9 — Idem. U = 750 grammes.

10 — Bouillon de légume. U = 1.000 grammes.
12 — Alimentation légère.
20 — Premier lever.

## Hémorragies de la grossesse

### 1° — Hémorragies ayant nécessité l'interruption de la grossesse

671 de 1901 — *Avortement thérapeutique au cours du cinquième mois pour hémorragies répétées ayant déterminé une fréquence constante du pouls* (128)

N... Alice, trente-sept ans, V-pare, entre à la clinique le 3 avril ; quatre accouchements antérieurs spontanés : trois sommets et une face.

*Grossesse actuelle.* — D.R. : 25-29 novembre 1900.

La femme raconte qu'à la suite d'un rapport conjugal dans la nuit du 1er au 2 avril, elle perdit du sang (environ un verre).

3 avril. — Vient à la clinique Baudelocque et on l'admet au dortoir.

Dans la nuit du 4 au 5 avril, elle perd de nouveau un peu de sang, on l'amène à la salle de travail et on fait une injection vaginale à 50 degrés ; l'hémorragie cesse.

Depuis, toutes les nuits, la femme perd un peu de sang.

Dans la nuit du 15 au 16 avril, nouvelle hémorragie, cette fois abondante. P = 100. Injection vaginale à 50 degrés ; l'hémorragie cesse.

16 avril, soir. — P. = 128. La malade est affaiblie par ses hémorragies successives. M. Paquy décide de provoquer l'avortement. Ballon de Champetier. Le pouls est compté à différentes reprises et ne dépasse pas 110. Le ballon est expulsé six heures après son introduction, suivi immédiatement de l'expulsion d'un œuf complet.

Suites de couches apyrétiques.

La femme quitte le service le 29 avril.

1126 de 1901. — *Hémorragies de la grossesse par placenta inséré bas. — Interruption. — Ballon de Champetier. — Membranes (18/0).*

R... Marguerite, vingt-quatre ans. I-pare.

D.R. : 21-26 décembre.

1er avril. — A la suite d'une chute : perte de sang qui cède au repos et réapparaît aussitôt que la femme travaille.

5 juin. — Elle entre à la clinique Baudelocque : repos absolu et injections chaudes.

6 juin. — Expulsion de caillots. Injection chaude. P. = 104. T = 37°2.

Dans la journée, l'écoulement s'arrête : P. = 92.

19 juin. — Nouvel écoulement de sang.

Jusqu'au 22 juin il persiste un léger suintement. Le pouls oscille entre 96 et 200.

28 juin. — Expulsion de caillots. P. = 100.

1er juillet. — Ecoulement plus abondant. P. = 112.

La femme perdant de plus en plus, M. Paquy pose un ballon de Champetier.

2 juillet. — Expulsion d'un enfant vivant (990 gr.) à 5 heures matin, suivie d'expulsion spontanée du placenta.

P. = 104. Injection chaude.

*Suites de couches.* — Apyrétiques.

1636 de 1902. — *Hémorragies répétées au cours de la grossesse. — Fréquence constante du pouls (120). — Avortement thérapeutique au cours du cinquième mois.*

D..., vingt-six ans, IV-pare.

*Grossesses antérieures.* — Trois sommets spontanés à terme.

*Grossesse actuelle.* — Elle entre à Beaudelocque le 3 octobre 1902, anémiée par des pertes de sang continues depuis le mois de juin.

D. R. : 9-14 mai.

Vers la fin de juin, environ six semaines après les dernières règles, elle perd du sang en petite quantité pendant quelques heures. L'hémorragie cesse d'elle-même, mais reparaît le len-

demain, plus abondante. Depuis cette époque jusqu'à son entrée à Baudelocque, elle n'est pas restée huit jours sans perdre de sang.

Les pertes sont exclusivement sanguines ; elles sont constituées par du sang liquide et à partir de la fin de septembre, par du sang liquide et des caillots. Jamais elle n'a eu d'écoulements séreux, ni séro-sanguinolents.

3 octobre. — Elle vient consulter et on l'admet au dortoir de la clinique.

Elle est très pâle, ses muqueuses sont décolorées. Elle reste étendue dans son lit, sans manifester le désir de se lever, car dès quelle est debout, elle sent que sa tête tourne. T. = 36°8. P. = 104.

La femme est mise au repos absolu. On lui fait régulièrement des injections vaginales chaudes, et on surveille avec grand soin son pouls.

3, 4, 5 octobre. — Elle perd du sang en petite quantité, mais d'une façon continue ; le pouls oscille entre 92 et 100.

6, 7, 8 octobre. — Elle ne perd pas, le pouls reste au dessous de 100.

9 octobre. — Surviennent quelques douleurs et une perte plus abondante : elle est transportée à la salle de travail, où elle reste en surveillance pendant vingt-quatre heures. Il n'y a pas de contraction utérine douloureuse. L'hémorragie a cessé, aussi la ramène-t-on au dortoir le 10.

11 octobre. — Le suintement sanguin reparaît, et persiste d'une façon continue jusqu'au 17 octobre. Le pouls reste au dessous de 100.

18 octobre, au matin. — Une hémorragie plus considérable avec caillots survient. Le pouls monte à 116. Pendant cinq minutes, elle reste dans un état syncopal.

C'est à cette date que M. Pinard pose l'indication d'interrompre la grossesse si le pouls reste d'une façon constante au-dessus de 100.

20 au 26 octobre. — Le pouls oscille entre 92 et 100, il n'atteint 104 que le 24 octobre.

26 octobre. — Des contractions utérines douloureuses appa-

raissent. L'écoulement sanguin est minime. Le pouls est à 96. Elle est transportée à la salle de travail.

Les choses restent en l'état le 27 et le 28. Quelques douleurs et quelques modifications du col font espérer que le travail va se déclarer.

Mais le 29 au matin, le pouls est depuis la veille au soir à 120. Il n'y a pas de travail.

Dans ces conditions, suivant le conseil donné et renouvelé depuis le 18, M. Couvelaire juge qu'il est dangereux d'attendre plus longtemps et fait préparer un ballon de Champetier d'une contenance de 160 grammes.

11 h. 30 du matin : M. Lebreton, externe de garde, introduit un ballon de Champetier. P. = 120. T. = 37°1.

Sérum artificiel : 500 grammes.

A 2 h. 45 le ballon est extrait, suivi du fœtus et du placenta expulsés en bloc avec quelques caillots noirâtres.

Injection utérine. P. = 108. Placenta Chateaubriant.

*Suites de couches.* — Pouls oscille entre 92 et 120.

1003 de 1903. — *Accouchement provoqué. — Insertion vicieuse du placenta. — Hémorragie grave. — Ballon de Champetier. — Version. — Délivrance artificielle.*

R. E..., I-pare, vingt ans.

Elle est amenée à la clinique Baudelocque le 13 juin à 8 heures du matin. Elle est exsangue, incapable de répondre aux questions. Syncopes.

D. R. : fin septembre.

5 juin. — Perte de sang abondante pendant cinq minutes.

13 juin, matin : — Perd à deux reprises des flots de sang, en se levant de son lit, syncope.

A l'entrée : Examen. H. U. = 28. Auscultation négative.

Toucher : Col long, entr'ouvert ; le doigt arrive sur le placenta. Pouls petit, irrégulier. Rupture large des membranes. 100 grammes de sérum. Ballon de Champetier.

8 h. 25 : P. = 88. Petit, filiforme, irrégulier, certaines pulsations ne sont pas perçues.

9 heures : P. = 100. Petit, filiforme, irrégulier.

10 h. 30 : Injection d'éther. P. = 120, bien frappé.

11 h. 30 : Ballon dans le vagin. Il est extrait. M. Couvelaire fait une version interne. Evolution et extraction faciles. Délivrance artificielle. Injection utérine à 50 degrés.

Ether ; 500 grammes de sérum.

Suites de couches normales.

2147 de 1903. — *Accouchement provoqué. — Hémorragie. — Femme amenée en état syncopal. — Ballon Champetier*

V. C..., vingt-sept ans, IV-pare, amenée à la clinique Baudelocque le 29 décembre à 4 heures soir.

Deux accouchements antérieurs normaux.

Troisième grossesse terminée par un avortement de six semaines. Depuis la femme perd régulièrement tous les quinze jours.

En novembre et décembre, elle perd tous les huit jours (hémorragies nocturnes cessant dès que la femme est levée).

25 décembre. — Hémorragie abondante. Il y avait eu un dernier rapport la veille au soir.

28 décembre, 9 heures soir. — Hémorragie. La femme perd toute la nuit.

29 décembre. — La femme arrive à la clinique, exsangue et glacée. P. = 160.

Toucher : Vagin rempli de caillots. Col perméable laisse arriver sur le placenta. Injection à 50 degrés. Tentative infructueuse de rupture des membranes.

Sérum : 500 grammes. — Ballon. Compression de l'aorte.

Entre 4 h. 30 et 5 heures : syncope, pouls incomptable et filiforme. Sérum artificiel : 500 grammes.

5 h. 10 : Pouls mieux frappé. Sérum. La malade va de mieux en mieux. Pouls oscille entre 96 et 106.

La femme ne perd pas.

30 décembre : P. = 130. T. = 38°9. Ecoulement vaginal sanieux, fétide.

3 h. 30 soir : P. = 120. — T. = 38°9. La femme est portée à l'isolement.

6 h. 30 soir : P. 120. T. = 38°6. Sérum A = 40 grammes.

10 h. 20 soir : P. 120. T. = 38°8. Expulsion du ballon suivi du fœtus et du placenta décollé. Injection uterine à 50 de grés. La femme ne perd pas. P. = 116. T. = 38°8.

Suites de couches normales.

536 de 1904. — *Placenta inséré vicieusement Hémorragie grave. — Interruption de la grossesse.*

S. M..., trente-cinq ans, VIII-pare.

Accouchements antérieurs : Premier à six mois ; deuxième, troisième et septième à terme, quatrième, cinquième à sept et huit mois. Sixième grossesse : avortement de trois mois.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : 10-12 juillet.

7 avril, 2 h. 30 soir. — La femme est amenée exsangue à la clinique, elle perd du sang depuis trois jours. P. = 120. T. = 36°8.

Au toucher : col long perméable, permet d'arriver sur des cotylédons placentaires.

500 grammes de sérum artificiel. Pouls tombe à 90, puis il remonte progressivement.

5 heures soir : P. = 120. Craignant qu'une nouvelle hémorragie ne soit fatale, on ouvre l'œuf en perforant la masse placentuaire, car on ne peut atteindre les membranes.

On extrait un enfant vivant.

Délivrance artificielle. Injection utérine.

*Suites de couches :*

9 avril. — T. = 39. P. = 104. Injection utérine.

10 avril. — T. = 38°2. P. = 112. id.

Ensuite : Température au-dessous de 38 degrés.

**2° Observations d'hémorragies pendant la grossesse**

277 de 1901. — *Hémorragies de la grossesse. — Rupture artificielle des membranes. — Insertion basse du placenta.*

S. S..., trente-deux ans, VI-pare.

D. R. : 15-20 mai 1900.

6 février, à 4 heures matin. — Hémorragie abondante, cédant au repos.

11 février. — Nouvelle hémorragie dans la nuit, plus abondante.

Elle arrive à la Clinique Baudelocque. La femme est pâle. P. = 96. Elle perd assez abondamment.

*Examen.* — Le vagin est rempli de caillots. Col perméable permettant d'arriver sur le placenta.

Alors on fait une rupture large des membranes et on pose un ballon de Champetier.

Le pouls oscille entre 80 et 100. De temps en temps la femme perd du sang. Le pouls faiblit alors. P. = 96.

On fait 300 grammes de sérum artificiel.

Accouchement par le siège d'un garçon mort. (3.450 gr.)

Délivrance artificielle. T. = 37°5. P. = 128.

Sérum artificiel : 500 grammes.

Suites de couches apyrétiques.

530 de 1901.— *Hémorragies à répétition. — Insertion vicieuse du placenta. — Introduction d'un ballon de Champetier*

L... Joséphine, chapelière, trente-huit ans, II-pare.

8 février. — Première hémorragie peu abondante.

12 février. — Nouvelle perte sanguine.

24 mars à 1 h. 20 soir. — Hémorragie très abondante (1200 gr. de caillots). Le pouls est à 128. Rupture large des membranes, introduction d'un ballon de Champetier.

Injection de 500 grammes de sérum artificiel.

3 h. 30 soir : Basiotripsie, extraction d'un enfant pesant 2.910 grammes.

Délivrance artificielle immédiate.

Suites de couches normales.

88 de 1902. — *Hémorragie pendant le dernier mois de la grossesse. — Insertion basse du placenta.*

M... Marie, trente-et-un ans. II-pare.

Entre à la clinique le 16 janvier à 8 h. 30 soir.

*Grossesse antérieure* : Avortement de quatre mois et demi.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : 7-10 avril. H.U. = 37 c.

La grossesse évolue normalement.

8 janvier. — Petite perte de sang le matin, puis le soir, mais plus abondante.

16 janvier.— Perte très abondante avec caillots ; la femme est amenée à la clinique Baudelocque.

*Examen.* — Sommet en D. P. Dilatation d'une paume de main. On fait une déchirure large des membranes. P. = 100. La femme ne perd plus.

Accouchement normal. Après la délivrance, le pouls est à 80.

Suites de couches apyrétiques.

918 de 1902. — *Insertion vicieuse du placenta. — Hémorragies répétées. Délivrance artificielle* (P. = 130).

R... Camille, trente-deux ans, III-pare.

*Grossesses antérieures.* — Normales.

*Grossesse actuelle.* — D. R. 25-30 octobre. HU. = 31.

A la fin du sixième mois. — Hémorragie abondante cédant au repos.

Deuxième hémorragie, quinze jours après. Elle se repose pendant deux jours puis continue à perdre de l'eau roussâtre.

7 juin. — Perte abondante. Elle entre à la clinique Baudelocque. Ses vêtements sont souillés de sang. P. = 138. Col ouvert comme 2 francs. Déchirure large des membranes. P. = 114 puis 120.

Expulsion du fœtus. P. = 130 aussitôt après.

Délivrance artificielle immédiate : P. = 108. Injection intra-utérine. Membranes : 33/0.

Les jours suivants le pouls redescend à 88

Suites de couches apyrétiques.

1259 de 1902. — *Insertion vicieuse du placenta. — Hémorragies répétées pendant la grossesse et le travail.*

P... Marie, trente-cinq ans, IV-pare.

Premier accouchement gémellaire. Deuxième et troisième accouchements, normaux.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : 9-15 décembre 1901.

Vers la fin de juin apparaissent des hémorragies qui se répètent tous les huit jours, mais sont peu abondantes.

3 août : hémorragie abondante. La femme vient à la clinique où on la surveille.

6 août. — A 7 heures du soir : nouvelle hémorragie.

6 août. — A 11 heures du soir : perte de caillots. P. = 76. Injections chaudes.

7 août. — A 11 h. 30 matin : dilatation de 5 francs, l'hémorragie reparaît. Rupture large des membranes.

Accouchement normal. — Délivrance par extraction simple. Membranes : 30/0. P. = 96.

Suites de couches : une fois 38 degrés.

Obs. 1610 de 1902. — *Insertion vicieuse du placenta. — Hémorragies pendant la grossesse et le travail. — Déchirure large des membranes. — Ballon. Suites de couches fébriles.*

Voir : Observations d'infection.

306 de 1903. — *Insertion vicieuse du placenta. — Hémorragie de la fin de la grossesse. — Siège. — Accouchement prématuré. Déchirure large des membranes.*

G. A..., vingt-deux ans, III-pare.

Deux accouchements antérieurs normaux.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : 20-23 mai.

14 février. — Perte de sang, d'une façon à peu près continue.

19 février. — Douleurs ; entre à la Clinique à 11 h. 30 soir.

Examen : H. U. = 31. Siège. Ecoulement sanguin très abondant. On arrive sur le placenta. P. = 88. Injections à 50 degrés.

A minuit. — P. = 108.

20 février, 12 h. 15. — P. = 128. Déchirure large des membranes. On sent le placenta décollé en partie, et on engage le pied antérieur à travers l'orifice utérin. L'hémorragie s'arrête.

Minuit 30. — P. = 112.

12 h. 45. — P. = 100.

1 heure matin. — P. = 96.

2 heures matin. — Extraction d'enfant mort. La portion placentaire décollée accompagne la tête, mais l'autre portion est encore adhérente.

Délivrance. — Trente minutes après. P. = 88.

Membranes : 39 /0.

Suites de couches normales.

938 de 1903. — *Insertion vicieuse du placenta.*
*Hémorragies pendant la grossesse et le travail.*

H. M..., trente-sept ans, III-pare.

Deux accouchements antérieurs normaux.

*Grossesse actuelle :* D. R : 20-23 août

Dans la nuit du 19 au 20 mai : Hémorragie peu abondante. La femme est amenée à Baudelocque. Injection à 50 degrés. L'hémorragie cesse.

26 mai. — Légère perte de sang. L'hémorragie se répète les jours suivants.

1er juin, 7 heures soir. — Premières douleurs.

2 juin, 9 heures matin. — P. = 80.

11 heure matin. — On sent un cotylédon placentaire.

Midi. — La femme perd un peu. Rupture artificielle des membranes. (Déchirure large.) L'hèmorragie cesse.

Accouchement normal.

Délivrance naturelle. Membranes : 30 /0. P. = 88.

Suites de couches normales.

950 de 1903. — *Insertion vicieuse du Placenta.*
*Hémorragies pendant la grossesse et le travail.*

R. A..., trente ans, II-pare.

Première grossesse terminée par avortement de deux mois et demi.

*Grossesse actuelle*, — D. R. : 18-20 septembre.

Entre à la Clinique le 3 juin à 11 heures matin.

Depuis un mois, pertes sanguines intermittentes. Injections chaudes.

Entre le 20 octobre à 5 heures matin, ayant des contractions douloureuses depuis quelques heures.

Dilatation complète à 6 heures soir. P. = 112.

21 octobre. — 7 heures matin : Accouchement. Délivrance 30 minutes après. P. = 80.

11 heures matin : Premier accès convulsif. Chloroforme.

2 heures soir : Deuxième accès convulsif.

3 heures soir : Troisième accès. Cyanose. Coma pendant un quart d'heure. T. = 37°1. P. = 124.

6 heures soir : Potion au chloral. — Nuit calme.

22 octobre. — P. = 104.

23 octobre. — P. = 112.

27 octobre. — P. = 84.

28 octobre. — P. = 76.

La température est normale. La quantité d'urine oscille entre 3/4 de litre et 1 litre : et la quantité d'albumine va en diminuant.

1289 de 1907. — *Albuminurie. Un accès convulsif 3 heures après l'accouchement*

V. Emilie, vingt-trois ans. I-pare.

D. R..., 19-22 novembre.

Depuis le 9 août : Troubles visuels. Œdème des membres inférieurs. Céphalée. Point épigastrique.

15 août. — Entre à la salle de travail : Albumine en grande quantité. Œdème considérable des membres inférieurs. Bouffissure de la face. Céphalée intense. — Lavement évacuateur. Enveloppement de flanelle. Régime lacté. — P. = 80. TA. = 21,5 (Dilat. de 5 fr.).

2 h. 45 soir : Accouchement spontané : Enfant 2750 grammes.

Délivrance : placenta farci de foyers hémorragiques anciens et récents. — Après : P. = 90. TA. = 21,5.

Après l'accouchement la femme est isolée dans une chambre.

6 h. soir : Accès convulsif. A la fin de l'accès :

P. = 124 TA. = 23
6 h. 10 : P. = 116 TA. = 20,5
6 h. 15 : P. = 120 TA. = 22
6 h 20 : P. = 128 TA. = 20
6 h. 25 : P. = 108 TA. = 19,5
6 h. 30 : P. = 100 TA. = 21
6 h. 35 : P. = 100 TA. = 21
6 h. 40 ; P. = 84 TA. = 21
6 h. 45 : P. = 100 TA. = 21
Agitation. Chloroforme.
6 h. 50 : P. = 100 TA. = 19,5
7 heures P. = 96 TA. = 19

Après l'accès la femme demeure quelques instants dans un état comateux.

De 7 à 9 heures, la malade est calme, elle se plaint de céphalée violente.

9 heures soir : P. = 76 TA. = 19,5
10 heures soir : P. = 96 TA. = 18
11 heures soir : P. = 88 TA. = 17,5
16 août minuit : P. = 120 TA. = 18

La femme souffre de ne pouvoir uriner. Cathétérisme.

1 heure matin : P. = 96 TA. = 17,5
2 — : P. = 84 TA. = 17
3 — : P. = 88 TA. = 15,5
5 — : P. = 88 TA. = 15,5
7 — : P. = 80 TA. = 15,5 Purgatif.
Midi : P. = 80 TA. = 15
7 heures soir : P. = 92 TA. = 17 Urines 2,250 gr.

Lavement évacuateur. Céphalée.

17 août : P. = 88 TA. = 16,5 U. = ?
18 — : P. = 88 TA. = 17 U. = ?
19 — : P. = 100 TA. = 17 U. = 2.000 A. = 6 gr.
20 — : P. = 104 TA. = 16,5 U. = 2.000 A. = 4 »
21 — : P. = 96 TA. = 17 U. = 2.000 A. = 6 »
22 — : P. = 84 TA. = 14,5 U. = 2.000 A. = 4 »
23 — : P. = 80 TA. = 15,5 U. = 2.000 A. = 3 »
24 — : P. = 80 TA. = 15,5 U. = 2.500 A. = 1,50
25 — : P. = 72 TA. = 15 U. = 2.500 A. = 1,50

26 — : P. = 72 TA. = 15,5 U. = 3.000 A. = 1,25
27 — : P. = 84 TA. = 15 U. = 3.000 A. = 1,25
28 — : P. = 88 TA. = 15 U. = 2.500 A. = ?
29 — : Quitte la clinique sur sa demande.

Suites de couches apyrétiques.

1331 de 1907. — *Albuminurie. Accouchement prématuré. 35 accès convulsifs à la clinique*

T. Cléo. dix-neuf ans. II-pare.

*Première grossesse* : Avortement au quatrième mois.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : Janvier.

Au cinquième mois : œdème des jambes, céphalées intenses. Troubles visuels.

21 août. — Dans l'après midi : Premier accès convulsif sur lequel on n'a pas de renseignements.

Elle est amenée à la Clinique à 5 h. 30 soir, dans le coma.

*Examen.* — HU. = 28. Présentation de l'extrémité céphalique. Auscultation nulle. Au toucher : Col long, perméable. Membranes intactes. T. = 37. P. = 92. TA. = 24.

Grand lavement évacuateur.

6 h, 30 : Première crise convulsive typique. Chloroforme. Lavement de chloral qui n'est pas gardé. Chloral en potion.

Enveloppement de flanelle. Isolement dans une chambre chaude.

10 heures soir : P. = 112. TA. = 24.

10 h. 30 : Deuxième crise convulsive.

Après la crise : P. = 156. TA. = 24.

Urines (recueillies par sondage) : 20 grammes.

Pendant toute la nuit les crises se succèdent à peu près de demi-heure en demi-heure.

22 août. — 7 h. 45 matin : Dernier accès convulsif. En tout dans la nuit il y a eu 35 accès convulsifs.

8 heures matin : Cathétérisme vésical : pas d'urines dans la vessie.

8 h. 50 : Dilatation complète. Expulsion d'une fille mort-née.

9 h. 15 : Délivrance : Placenta farci d'infarctus anciens et récents. Après : P. = 108.

10 heures : P. = 122. TA. = 19,5.

3 h. 30 soir : P. = 104. TA. = 20.

Cathétérisme : Urines : 60 grammes, foncées, contiennent des cylindres.

Pendant toute la journée, la malade a des symptômes d'excitation mais pas de crise convulsive.

6 heures soir : P. = 88. TA. = 19.

23 août. — La malade a bien reposé toute la nuit. Etat relativement satisfaisant. P. = 68. TA. = 18. Urines : 1 litre.

24 août. — Même état. P. = 68. TA. = 18. U. : 3250 grammes.

25 août : P. = 80 TA. = 18,5
26 — : P. = 92 TA. = 16,5
27 — : P. = 82 TA. = 15,5
28 — : P. = 84 TA. = 15,5
29 — : P. = 84 TA. = 16
30 — : La malade quitte le service sur sa demande.

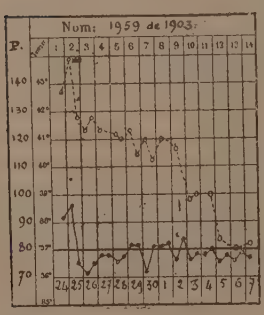
## Vomissements dits incoercibles.

1959 de 1903. — *Vomissements graves. — Avortement de trois mois.*

X..., couturière, 24 ans, II-pare.

1 Accouchement normal.

2° Grossesse actuelle. Dernières règles du 16 au 20 août. Etat maladif pendant le premier mois qui suivit la suppression des règles.




Le 20 septembre, apparition de vomissements alimentaires et bilieux, très fréquents dès le début.

Elle consulte un médecin qui pense à une affection stomacale et la soigne en conséquence.

Elle suit le régime un mois, pendant lequel l'état s'aggrave.

Elle fut envoyée à l'hôpital Laennec dans le service du professeur Landouzy.

Constatations à l'arrivée : Facies pâle, fatigué, émacié, amaigrissement notable, langue saburrale à bords rouges, soif intense. Régurgitations glaireuses le matin au réveil, nausées continuelles.

Les vomissements constituent le symptôme prédominant. Ces vomissements se répètent plusieurs fois dans la journée et surviennent également la nuit ; ils sont abondants, alimentaires et bilieux, s'accompagnant de douleurs épigastriques.

Les urines sont peu abondantes, rouges, ne contiennent ni sucre, ni albumine, ni indican.

La température est normale. P. : 110.

Le développement de l'utérus fait penser à la possibilité d'une grossesse.

La malade est mise immédiatement au régime lacté absolu. (Eau de Vichy.)

Le lendemain de son entrée, le 10 novembre, la température s'élève à 38°2 et redescend le 11 à 37°5.

La malade continue à vomir, le lait est remplacé par du képhyr. Pointes de feu sur la région épigastrique. Pas d'amélioration.

On supprime alors toute alimentation par la voie buccale : injection de sérum artificiel, lavements nutritifs.

Il semble qu'à ce moment une amélioration va se produire, le pouls est redevenu normal. (P. : 88 le 18).

A cette date le docteur Couvelaire la voit à Laennec.

Il trouve la malade plutôt en voie d'amélioration. Les vomissements ont considérablement diminué et sont remplacés par du ptyalisme ; M. Couvelaire donne le conseil de maintenir le même régime. (Lait, eau, injection de sérum).

Il trouve un utérus gravide de trois mois en rétroversion.

Deux jours après, le 23 septembre, l'état s'aggrave de nouveau, le pouls s'élève à 120, la T. à 38°.

On supprime le lait et on le remplace par du képhyr qu'elle ne peut tolérer. Lavements de sérum, injections de morphine.

Le 23, apparitions de contractions utérines douloureuses. Lavement laudanisé. Legère perte sanguine.

Le 24, elle est amenée à Baudelocque; 1 heure soir: à son arrivée, on constate un état de maigreur effrayante, les yeux sont excavés, la langue et les gencives d'un rouge vif; elle présente une *teinte ictérique* très marquée ; la température est à 38°, le pouls à *136*.

Contractions utérines douloureuses tout l'après-midi et la nuit suivante ; elle présente pendant ce temps quelques vomissements.

*Le 25 au matin.* Expulsion d'un embryon de trois mois et de nombreux caillots — T : 38°5 — $P^s$ : 160.

Le même jour, 10 heures soir : expulsion du placenta; déjà à ce moment le pouls est redescendu a 136 et la température à 36°7. La malade a uriné 1 litre dans les 24 heures.

Le lendemain la température est à 36°. Il y a hypothermie avec un pouls à 128. Les vomissements ont cessé.

Les jours suivants : émission d'urine : 1 litre ; la température remonte progressivement jusqu'à 37° où elle se maintient à partir du 29 novembre ; le pouls diminue de fréquence : 120 le 1er décembre, 92 le 4 décembre et 80 le 6 décembre.

L'état général s'améliore petit à petit, la teinte ictérique disparait ; la femme est maintenue au régime lacté jusqu'à ce que le pouls soit redevenu normal.

Le 6 décembre, l'alimentation solide est reprise.

La femme quitte le service en bon état le 20 décembre.

1200 de 1904. — *Toxhémie gravidique. Vomissements graves, Interruption de la grossesse au cours du septième mois.*

B. M..., vingt-quatre ans III-pare.

Deux accouchements antérieurs normaux.

Grossesse actuelle : D. R. : 26-27 février.

Au début, vomissements bilieux et alimentaires.

En mai (au 3e mois) consulte : elle continue à vomir 8 à 10 fois par jour. Les vomissements apparaissent même la nuit, en dehors de toute ingestion d'aliment. Amaigrissement rapide. Pas d'albumine dans les urines.

Au cinquième mois : céphalée violente. Insommie presque

absolue. La femme garde le lit : douleur épigastrique. Sensation d'étouffement.

La femme entre à la clinique : P. = 140. Langue blanchâtre, rouge sur les bords. Vue trouble. La femme, qui pesait 72 kilogrammes, ne pèse plus que 62.

On lui donne de l'eau et on lui fait respirer de l'oxygène.

4 septembre. — Conjonctives jaunâtres, vision trouble, céphalée intense. P. = 124.

On interrompt la grossesse : Ballon de Champetier.

5 septembre. — A midi : expulsion du fœtus.

*Suites de Couches.* — T. = 39°2. P. = 112 ; le cinquième jour. Injection utérine.

T. = 40. P. = 124, le sixième jour. Injection utérine.

Ensuite température normale.

1381 *bis* de 1904. — *Toxhémie gravidique. — Vomissements graves. — Interruption de la grossesse au deuxième mois. — Mort.*

G..., vingt-six ans, III-pare.

Premier accouchement normal.

Deuxième grossesse. Vomissements graves. Avortement au troisième mois.

*Grossesse actuelle* : D. R : 10-13 août.

10 septembre : Vomissements survenant à toute heure du jour. Aucun aliment n'est gardé. Diarrhée séreuse.

Les accidents disparaissent la nuit.

20 septembre. : L'état s'aggrave, la malade n'a plus la force de se tenir debout. Repos absolu. Régime lacté absolu.

30 septembre. : Etat général mauvais. La femme est amenée à la clinique Baudelocque le 3 octobre. T. = 37°. P. = 96. R. = 28. Amaigrissement. Teint jaunâtre. Douleur épigastrique. Ptyalisme. Alimentation impossible. Pas d'albumine.

3 octobre. T. = 37° 3. P. = 100. R. = 36.

4 octobre. P. = 104.

5 octobre. P. = 96. Vomissements bilieux. Urines 250 grammes.

6 octobre. Diarrhée. Nausées.

Midi : on interrompt la grossesse. Ballon.

8 octobre : 11 h. 30. Expulsion de l'œuf.

9 octobre : Etat général meilleur. Pas de vomissements. Urines : 600 grammes.

10 octobre : Curettage.

Douleur au niveau de l'omoplate gauche et du sein gauche.

12 octobre : Crise de suffocation, dyspnée. T. = 37° 4 P. = 124.

13 octobre : T. 38°. P. = 132.

16 octobre : La femme meurt à 11 heures soir.

*Autopsie* : Pleurésie purulente sus-diaphragmatique enkystée.

Pneumonie de la base gauche. Broncho-pneumonie diffuse à droite.

1709 de 1904. — *Toxhémie gravidique. Vomissements graves Interruption de la grossesse au cours du troisième mois.*

B. J... trente-six ans II-pare.

Premier accouchement normal : suites de couches pathologiques.

*Grossesse actuelle* : D. R. : 25-28 août.

Huit jours plus tard, vomissements, surtout le matin.

Les vomissements deviennent plus fréquents, surviennent à toute heure.

En novembre, l'état s'agrave., toute alimentation est impossible. Elle cesse de travailler et doit s'aliter

23 novembre : entre à la Clinique Baudelocque :

T. = 37°. P. = 116. Teinte ictérique. Poids : 46 kilogrammes. Pas d'albumine. 500 grammes d'urines.

24 novembre : Crachement de sang. Vomissements presque continuels. Urines : 500 grammes.

25 novembre : urines : 400 grammes.

26 novembre : urines : 250 grammes.

27 novembre : urines : 350 grammes.

28 novembre : urines : 750 grammes. Lavement matin et soir, frictions à l'alcool.

29 novembre : urines : 500 grammes. P. = 128.

30 novembre : urines : 500 grammes P. = 140.

1er décembre : Dyspnée : P. = 140.

2 décembre : urines : 300 grammes P. = 130.

3 décembre : urines : 250 grammes P. = 116 à 140. Poids : 43 kilogrammes.

1 h. 30. On interrompt la grossesse : Ballon.

4 décembre : urines : 500 grammes.

11 h. 40 soir : extraction du fœtus. Délivrance artificielle. Injection utérine.

6 décembre : urines : 500 grammes.

7 à 8 décembre : — 500 grammes, la malade ne vomit plus. Les urines deviennent plus abondantes et le pouls moins rapide — 92 le *21 décembre*.

Quitte le service le 28 décembre.

1494 de 1905. — *Vomissements graves. Interruption de la grossesse dans le cours du 4e mois*

P. G..., 21 ans, primipare.

D. R. du 27 au 30 juin : dès les premiers jours de juillet vomissements abondants qui persistent malgré le régime lacté absolu.

Entre à la clinique, le 23 août 1905.

Du 25 août au 19 septembre : on essaie successivement, à doses fractionnées et répétées, du lait, du képhyr, de l'eau stérilisée, du racahout, de la tisane, des lavements de chloral. Les vomissements continuent.

Du 19 septembre au 26 : électrisation des régions stomacales et hypogastriques. Aucun résultat.

Le 26, P. = 100 et 108. T. normale.

A partir du 27 : diète hydrique, lavements de sérum et de chloral, inhalations d'oxygène.

Le 27, P. = 104. T. normale.

28, P. = 108.

29 et 30, P. = 94.

1er octobre : 2 lavements sont rejetés aussitôt avec quelques matières. 1 lavement de chloral est gardé. Inhalations d'oxygène. La malade absorbe par cuillerées à soupe, 500 grammes

d'eau dont 130 grammes rejetés aussitôt. 6 cuillerées à soupe de bouillon sont gardées. 2 lavements de sérum. 2 lavements d'eau bouillie rejetés avec quelques matières. P. = 94.

2 octobre : La malade n'accepte que 90 grammes d'eau qu'elle garde, 15 grammes de lait qu'elle garde et 30 grammes de bouillon dont elle vomit la moitié. 2 lavements de sérum, gardés ; 2 lavements d'eau bouillie, dont 1 rejeté; 1 lavement de chloral. Inhalations d'oxygène. P. = 94.

3 octobre : La malade prend 180 grammes de liquide, dont 30 rejetés ; 120 grammes de lait chocolaté, gardés ; 90 grammes de café au lait, gardés ; 2 lavements de sérum, gardés ; 2 lavements d'eau bouillie, évacués ; 1 lavement de chloral. Inhalations d'oxygène. P. = 102. T. normale.

4 octobre : Café au lait 270 grammes dont 180 rejetés ; 150 grammes d'eau, dont 60 rejetés; 30 grammes de lait chocolaté, gardés ; 2 lavements de sérum, 2 lavements d'eau bouillie, évacués, 1 lavement de chloral. Inhalations d'oxygène.

9 vomissements dans les 24 heures.

P. = 102. T. normale.

5 octobre : Les vomissements persistent sans arrêter depuis l'entrée à l'hôpital. Le poids est tombé de 116 livres à 93. Le corps est émacié, les téguments sont jaunâtres.

Depuis l'entrée : douleur épigastrique, abattement, insommie avec périodes d'excitation cérébrale. Toux.

Depuis le 2 octobre : troubles visuels. Urines claires et assez abondantes. P. = 108.

On décide d'interrompre la grossesse. Laminaire.

6 octobre : P. = 108. Faiblesse extrême. Intervention sous-chloroforme. Extraction du fœtus et du placenta. Injection intra-utérine et mèche iodoformée. Au réveil : frisson de 10 mintes. Pouls petit et irrégulicr à 132 ; état de shock très marqué,

7 octobre : Agitation, peau chaude. P. = 120. T. rectale = 38° 2. Violent mal de tête. Insommie et agitation pen dant la nuit. 3 vomissements.

8 octobre. P. = 120. T. 36° 8 et 37° 8. Prostration. 1 vomissement.

9 octobre : P. = 120. T. normale. Ictère. Urines noires, bi-

lieuses. Douleur épigastrique continue. Délire furieux pendant la nuit. Hallucinations. Morphine.

10 octobre : P. = 132. Prostration accusée. Urines noires. Alimentation buccale impossible.

11 octobre : P. = 96. Urines plus claires, diarrhée. Alimentation reprise et tolérée.

12 à 14 : Amélioration marquée. P: = 92.

Le 1er Novembre : la femme se lève mais ne peut se tenir debout : névrite périphérique tardive.

Le 25 novembre : Départ pour le Vésinet.

En 1907, cette femme est venue accoucher à la Clinique Baudelocque et voici son observation : 1593 de 1907.

G... Pauline, vingt-quatre ans, II-pare.

Grossesse antérieure : Baudelocque, février 1905, *obs. 1494.*

Grossesse interrompue au cours du troisième mois pour vomissements graves. Polynévrite consécutive, soignée pendant huit mois à la Salpêtrière.

Grossesse actuelle : D.R. : 1-5 janvier.

Vomissements pendant les cinq premiers mois.

| | | | |
|---|---|---|---|
| 9 août. — | P. = 72. | TA. = | 14,5 |
| 10 — | P. = 82. | TA. = | 15 |
| 11 — | P. = 80. | TA. = | 15,5 |
| 12 — | P. = 80. | TA. = | 15,5 |
| 13 — | P. = 96. | TA. = | 15, |
| 14 — | P. = 84. | TA. = | 15,5 |
| 16 — | P. = 76. | TA. = | 16, |
| 17 — | P. = 84. | TA. = | 14,5 |
| 19 — | P. = 84. | TA. = | 15,5 |
| 21 — | P. = 76. | TA. = | 15 |
| 23 — | P. = 80. | TA. = | 15 |
| 27 — | P. = 84. | TA. = | 15 |
| 9 octobre : | P. = 88. | TA. = | 15,5 |

12 octobre : Accouchement à 3 heures matin.

Délivrance normale, pas de lésion placentaire.

Après, P. 68.

| | | | |
|---|---|---|---|
| 14 octobre. | — | P. = 76. | TA 14 |
| 15 | — | P. = 72. | TA = 15,5 |
| 16 | — | P. = 80. | TA = 15,5 |
| 17 | — | P. = 80. | TA = 15 |
| 18 | — | P. = 84. | TA = 14 |
| 19 | — | P. = 72. | TA = 14 |
| 20 | — | P. = 84. | TA = 13,5 |
| 22 | — | P. = 72. | TA = 15 |
| 23 | — | P. = 72. | TA = 15 |

1512 de 1905 — *Vomissements graves de la grossesse. — Interruption de la grossesse dans le cours du troisième mois.*

X. X..., IV-pare, deux accouchements antérieurs normaux, un avortement de trois mois.

D. R. du 25 au 28 juillet. Vomissements ont commencé au début de septembre. D'abord rares, ils augmentent ensuite de fréquence, et, le 15, tous les aliments sont rejetés.

20 septembre. — Régime lacté, puis diète absolue sans résultat.

25 septembre. — Entre à la clinique. Femme amaigrie. Téguments jaunâtres, langue saburrale, douleur épigastrique. P. 84.

Eau bouillie, lavements d'eau bouillie et de chloral. Oxygène.

Les jours suivants 12 à 16 vomissements par vingt-quatre heures, diminution du poids.

Accélération progressive du pouls :

| | | |
|---|---|---|
| 29 septembre. | — | P. = 100. |
| 30 | — | P. = 90. |
| 1er | — | P. = 104. |
| 2 | — | P. = 96. |
| 3 | — | P. = 100. |
| 4 | — | P. = 100. |
| 5 | — | P. = 104. |
| 6 | — | P. = 96. |
| 7 | — | P. = 104. |
| 8 | — | P. = 112. |
| 9 | — | P. = 108. |
| 10 | — | P. = 112. |

Pendant ce temps Température normale ; urines rares, de 500 à 750 grammes.

9 octobre. — Laminaire.

10 octobre. — Ballon. Extraction de l'embryon et du placenta. Injection intra-utérine. T. = 38°8. P. = 132.

11 octobre. — T. normale. P. 116 et 104. La malade peut garder 6 cuillerées d'eau et 6 demi-verres de lait.

12 octobre et les jours suivants. Les vomissements cessent, le pouls se ralentit.

12 octobre. — P. = 108 et 116. Urines 1.100 grammes.

13 octobre. — P. = 92.

23 octobre. — P. = 88.

27 octobre. — Exéat.

1810 de 1905. — *Vomissements dits incoercibles. — Interruption provoquée de la grossesse au cours du deuxième mois.*

M. J..., vingt-deux ans. II-pare. Scarlatine et albuminurie à huit ans.

Vomissements graves au cours de la première grossesse. La malade ne supportait que la bière qu'elle gardait incomplètement. Les vomissements disparurent à la suite de l'avortement, avortement provoqué en dehors de toute idée thérapeutique.

Depuis cet avortement, malade affaiblie, garde le lit. Métrite. Règles normales.

D. R. du 1er au 5 octobre.

Premier vomissement le 4 novembre. Ils deviennent de plus en plus fréquents les jours suivants et finissent par se produire en dehors de l'ingestion des aliments.

Entre à la Clinique le 27 novembre. Femme très maigre à facies jaunâtre. Poids 49 kilos. P. = 136.

Diète hydrique, chloral, lavements, oxygène, frictions.

28 novembre. — T. = 36°8. P. = 120.

29 novembre. — T. = 36°6. P. = 104 et 120.

La femme absorbe 2 litres d'eau. Poids des vomissements : 1.100 grammes. Urines 500 grammes.

30 novembre. — Absorption de 1 litre 1/2 d'eau. Vomisse-

ments : 670 grammes. Urines : 250 grammes. T. = 37. P. = 124.

1er décembre. — Absorption de 1 litre 1/4 d'eau. Vomissements : 640 grammes. T. = 36°9. P. = 112 et 116. Urines : 350 gr.

2 décembre. — Absorption de 1 litre 1/2 d'eau. Vomissements : 460 grammes. T. = 37. P. = 128 et 124. Urines 250 gr.

3 décembre.—Absorption de 1 litre 1/2 d'eau. Vomissements 470 grammes. T. = 37 : P. = 124 et 132. Urines : 300 gr.

Pas d'amélioration, femme prostrée, langue sèche, douleur épigastrique.

4 décembre. — Le pouls est à 104, urine rougeâtre et trouble, 250 grammes. Agitation, idées incohérentes, diplopie. Poids : 45 kilos. Dilatation du col avec bougies de Hégar et ballon.

5 décembre. — Expulsion spontanée du ballon et de l'embryon.

6 décembre. — Expulsion spontanée du placenta. Injection intra-utérine. Le régime lacté absolu est maintenu jusqu'au 29 décembre. A partir du 29 : 2 litres de lait, purées, 4 œufs.

6 décembre soir : T. = 37°8. P. = 150. Urines = 1.000 gr.

7 — T. = 37. P. = 132 et 134. Urines = 1.500 gr.

8 décembre soir : T. = 36°6 et 37. P. = 120. Urines = 1.000 gr.

9 décembre soir : T. = 36°8. P. = 124 et 112. Urines normales ensuite.

10 décembre soir : T. normale. P. = 128 et 120.

11 — T. normale. P. = 120.

12 — T. normale. P. = 114.

13 — T. normale. P. = 110.

14 — T. normale. P. = 120.

16 — T. normale. P. = 110.

21 — T. normale. P. = 98.

Premier lever le 1er janvier.

Sortie le 11 janvier en bon état.

1327 de 1907. — *Vomissements graves. — Interruption de la grossesse par M. Mouchotte. Grossesse molaire.*

G. M..., vingt ans, couturière, entre à la clinique Baudeloc que le 13 août.

Son père et sa mère sont morts d'affection pulmonaire.

Elle contracte la rougeole et la variole dans l'enfance ; ce furent les deux seules maladies dont elle fut atteinte. Quant à ses antécédents physiologiques, ils ne présentent rien de particulier. Les règles apparaissent pour la première fois à l'âge de quinze ans, irrégulièrement au début.

En juin 1906, à l'âge de dix-neuf ans, la femme fait un avortement de quatre mois. Au cours de cette première grossesse, surviennent des vomissements fréquents et un amaigrissement notable ; mais l'alimentation n'a jamais été entravée.

Un médecin consulté, aurait, en présence de l'hypertrophie de l'utérus et d'une sécrétion vaginale exagérée, porté le diagnostic de métrite. Il aurait alors pratiqué des cautérisations cervicales, placé des tampons vaginaux à l'ichtyol. Il semble que c'est à cette thérapeutique intempestive pratiquée pendant quinze jours que serait dû l'avortement précédé de plusieurs hémorragies. Les suites furent pathologiques, nécessitant un curettage fait à l'hôpital d'Angers, cinq jours après l'avortement. Les règles seraient réapparues deux mois après l'intervention.

*Grossesse actuelle.* — Les dernières règles datent du 1er au 6 juin.

Le 10 juillet, pour la première fois, la femme vomit et, dès ce premier jour, les vomissements se répètent trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures.

Bientôt les vomissements deviennent plus fréquents, douloureux, rendant impossible toute alimentation.

Un médecin appelé le 25 juillet prescrit un traitement symptomatique qui n'a aucun succès.

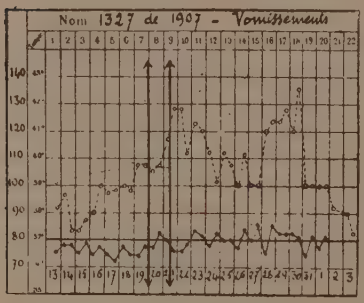
Le 9 août, l'état général est très altéré. Une sage-femme conseille à la malade d'entrer à la Clinique.

A son entrée, le 13 août, on constate un amaigrissement con-

sidérable. L'utérus a le volume d'un utérus gravide de deux mois, il est en antéflexion accusée, le col est long, fermé. T. = 36°4. P. = 92. T. A. = 13,5.

Du 13 au 15 août : la femme est soumise au régime lacté absolu et à doses fractionnées. Lavements de sérum quotidiens (300 grammes). Emission de 600 grammes environ d'urine légèrement albumineuse. Malgré le régime lacté, les vomissements persistent avec la même intensité.

15 août : P. = 96. T. A. = 12,5.




Le 16 août on impose la diète hydrique ; grands lavages intestinaux à l'eau bouillie : l'ingestion d'eau, même à la dose d'une cuillerée à café, provoque les vomissements ; le creux épigastrique est douloureux; l'état général s'altère de plus en plus ; l'amaigrissement s'accentue ; le poids qui était de 39 kilogrammes le 15 août est de 38 le 17 — 36 kgr. 5 le 19.

Les masses musculaires disparaissent, le ventre est en bateau, les épines iliaques antéro-supérieures ainsi que la symphyse pelvienne dessinent un relief saillant.

Les urines acajou diminuent de quantité :

17 et 18 août. — 500 grammes.

19 août. — 400 grammes.

Les pupilles se dilatent, l'insommie qui était partielle devient complète, le pouls s'accélère.

16 août : P. : 90.

17 août : P. : 96.

18 août : P. : 100.

19 août : P. : 108.

19 août. — MM. Wallich et Mouchotte sont d'accord pour interrompre la grossesse.

| | | |
|---|---|---|
| Tension artérielle : | 13,5 | le 14. |
| — | 12 | les 15 et 16 |
| — | 13 | le 17 |
| — | 12,5 | le 18 |

19 août. 6 heures soir. — Soins antiseptiques rigoureux de la vulve et du vagin.

M. Mouchotte introduit dans l'utérus une tige de laminaire n° 14.

La femme ne vomit que deux fois pendant la nuit suivante et ne vomit pas le lendemain. TA = 12.

20 août. — T. = 36°8. P. = 106. TA. = 12. Le soir, la tige de laminaire est remplacée par une n° 24. Urines : 500 grammes.

21 août. — T. = 37 degrés. P. = 116. TA. = 12,5. A 11 heures matin, la femme est anesthésiée, la laminaire n° 24 est enlevée et le col est dilaté avec des bougies de Hegar.

M. Mouchotte procède alors à l'évacuation digitale de l'utérus. Le doigt ramène des fragments d'une masse composée de tissu placentaire normal, mais surtout des vésicules nombreuses. Il s'agit d'une *môle*.

L'examen de la masse retirée ne permet pas de constater la présence d'un embryon.

Injection intra-utérine de 2 litres d'eau bouillie à 50 degrés. Une mèche de gaze stérilisée est placée dans la cavité utérine qui saigne beaucoup malgré la vacuité.

Une tamponnement vaginal à la gaze stérilisée termine l'intervention.

Le soir T. = 36°8. P. = 128. 600 grammes d'urine couleur acajou.

22 août. — T. m. = 36°8. P. = 128. TA. = 14,5. La mèche utérine est enlevée. Injection vaginale à l'eau bouillie. La femme absorbe 1 litre de lait dans le courant de la journée. Injection sous-cutanée de 500 grammes de sérum.

Lavement évacuateur qui ne ramène que quelques parcelles stercorales.

T. s. = 36°8. P. = 112.

23 août. — T. = 37° 3. P. = 124 le matin. TA. = 14. Urines : 1 litre.

La femme absorbe environ 1 litre 1/2 de lait. Elle ne vomit plus, lavement évacuateur. Injection vaginale à l'eau bouillie, laquelle est renouvelée tous les jours. T. s. = 37°3. P. = 120.

24 août. — T. m. = 36°8. P. = 112. TA. = 14,5. Soir T. = 37°2. P. = 104.

3 litres de lait ; 1 litre d'urines foncées. La femme a un peu de diarrhée.

25 août. — T. = 37 degrés. TA. = 16. Pouls : 112, 108, 1 litre d'urines. 4 à 5 selles diarrhéiques. Ictère.

26 août. — T. = 36°8, 37°4. P. = 100, 112, 3 litres de lait. TA. = 16.

27 août. — T. = 37 degrés. P. = 100. TA. = 15. La femme ne vomit pas, ayant pris un consommé et une purée de pommes de terre. Le soir, le pouls est à 100 ; pendant quatre jours l'alimentation continue : purée de légumes, chocolat, consommé, le tout pris en petite quantité. L'ictère a disparu.

La température atteint 37°5, mais le pouls remonte, se maintient du 27 au 30 août au-dessus de 120 (124, 128, 136). TA. = 14.

31 août. — On reprend le régime lacté absolu et le soir le pouls redescend à 100, il s'y maintient le 1er et le 2.

3 septembre. — Il est à 92, le 4, à 90 et 84.

A partir de cette date il oscille entre 90 et 84.

La température redescend à 37° 3 et demeure normale.

Depuis le 29 août la femme urine quotidiennement 2 litres, l'urine reprend peu à peu sa coloration normale en même temps que l'état général s'améliore progressivement. Dès le deuxième jour après l'intervention, l'insomnie avait disparu.

Les suites furent donc simples, troublées seulement par l'apparition d'un point douloureux à la base du poumon droit le 28 août, point douloureux qui céda à la sinapisation : ces suites furent également marquées par l'ascension du pouls à la suite de la reprise trop hâtive de l'alimentation.

Les purées de légumes furent reprises le 4 septembre ; le pouls demeure à 90 environ ; dès lors la femme entre en pleine

convalescence, elle quitte le service en bon état le 30 septembre.

*Vomissements graves.* (Obs. de Baudelocque non numérotée).

C..., II-pare, vingt-cinq ans.

Première grossesse terminée en décembre 1904 par un accouchement gémellaire, enfant mort vingt-quatre heures après la naissance.

*Grossesse actuelle.* — D. R. 20 au 28 juillet.

Dès le début de la grossesse, les vomissements se montrent le matin à jeun, puis aussitôt après le repas.

Dans le courant du mois d'août les vomissements deviennent beaucoup plus fréquents. La malade s'alimente avec du lait, des potages, bouillon.

Elle éprouve de violentes douleurs dans la fosse iliaque gauche. Les vomissements persistent ; amaigrissement notable. La femme est envoyée à la Clinique.

*Examen* le 26 septembre :

Utérus remontant à 2 travers de doigt au-dessus du pubis ; par le toucher, on constate un certain degré d'antéversion, dévié à droite.

A son entrée à la clinique la femme est mise au régime hydrique, elle continue à vomir.

27 septembre. — Poids 45 kilogrammes. Pouls : 94.

28 septembre. — Lait coupé de moitié eau, par cuillerées à café ; 500 grammes d'urines émises en vingt-quatre heures. Deux lavements de sérum de 300 grammes. Poids 42 kgr. 500.

La malade, continuant à vomir, est remise à la diète hydrique. Deux lavements de sérum de 300 gr.

29 septembre.— Régime hydrique (eau par petites quantités). Deux lavements de sérum de 300 gr. — Poids 42 kgr. 500.

29 au 30 septembre. — La femme ne vomit pas. Régime hydrique.

30 septembre, 7 heures matin. — Vomissement. Poids 42 kgr. P. = 100.

10 heures matin : un lavement de sérum de 300 gr. Urines 1.250 gr. Lait et eau.

La malade ne vomit qu'une fois dans l'après-midi.

1er octobre. — Un lavement de sérum de 300 gr. Poids 42 kgr. 500. Urines de 7 heures soir à 6 heures matin : 500 gr. Dans la journée la femme ne vomit qu'une fois.

7 heures soir : Lavement de sérum de 300 gr. Dans la journée la femme a absorbé 250 gr. de lait.

2 octobre. — Sérum 300 gr. Poids : 43 kg. Urines : 750 gr. Lait et eau par petites quantités.

2 au 3 octobre. — Lait et eau : 1/3 lait et 2/3 eau. Urines : 1 litre. Deux lavements de sérum de 300 gr.

3 octobre. — Poids : 44 kgr. Urines : 1000 gr.

4 octobre. — Poids : 44 kgr. Urines : 1000 gr. Deux lavements sérum.

5 octobre. — Poids : 43 kgr. Aucun vomissement.

La femme prend du lait pur depuis le 4 octobre.

Un seul lavement de sérum de 300 gr. Urines 1000 gr.

6 octobre. — Pouls : 83. Urines : 1500 gr. Poids : 44 kgr. 5. Lavement de sérum (300 gr.)

7 octobre. — Lavement de sérum. Poids : 44 kgr. Tension : 15, 5. Pas de vomissements depuis le 4 octobre. Urines : 1.500 gr. La malade absorbe environ 2 litres 1/2 de lait par jour.

8 octobre. — Pouls : 112. Tension : 14,6. Urines : 2000 gr. Pas de vomissements, 3 litres urines. Poids : 44 kgr. Sérum, lavement de sérum de 300 gr.

9 octobre. — P. = 100. T. = 15, 5.

10 octobre. — P. = 104. T. 15,5 ; Poids : 43 kgr. 5.

11 octobre. — P. = 96. T. = 15 ; Poids : 43 kgr. 5.

3 litres de lait pur en vingt-quatre heures.

12 octobre. — P. 122. TA. = 14,5 ; purée, lait.

13 octobre. — P. = 128. TA. = 14,5 ; purée, lait.

14 octobre. — P. = 100. TA. = 15. Poids 45 kgr.

15 octobre. — P. = 104. TA. 14. Poids 45 kgr.

16 octobre. — P. = 104. TA. = 15. Poids 46 kgs.

Depuis le 12 octobre la femme mange ; elle quitte le service en bon état le 17 octobre.

*Vomissements dits incoercibles* (Observation de Baudelocque non numérotée)

M... Blanche, vingt-quatre ans. I-pare.

R. R. : 15-18 septembre.

Evolution normale de la grossesse jusqu'au 25 octobre. A partir de cette date, vomissements continuels survenant à toute heure du jour.

4 novembre. — Consultation : on supprime toute alimentation solide (lait et eau).

5 novembre. — Entre à la clinique : lait et eau, pas de vomissements, quoique la femme ait mangé des biscuits.

6 nov. — Traces d'albumine.

8 — P. = 96. TA. = 12

10 — P. = 100. TA. = 14

11 — P. = 100. TA. = 13,5

12 — P. = 96. TA. = 14 Urines : 1.500 gr. Plus de vomissements.

14 nov. — P. = 84. TA. = 13 Lait, potages.

16 — P. = 92. TA. = 13 Vomissements. Lait, eau,

18 nov. P. = 96. TA. = 14

20 — P. = 92. TA. = 14

Jusqu'au 25 : Pouls oscille entre 96 et 100. TA. = 14.

25 novembre. — Plus de vomissements. TA = 14. P. 92.

On reprend peu à peu l'alimentation ordinaire.

Le pouls oscille autour de 90. TA. = 14

La femme quitte le service en bon état le 1er décembre.

*Vomissements graves. — Interruption de la grossesse.* — (*Observation* due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Couvelaire.)

X..., III-pare.

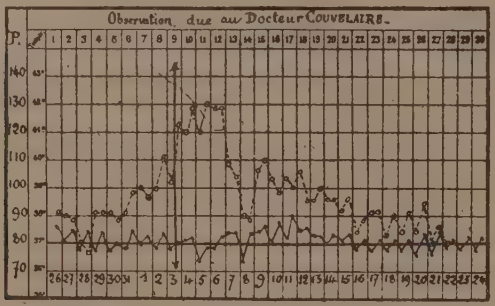
*Première grossesse.* — Avortement provoqué vers trois mois et demi. Opération d'Alexander pour remédier à une rétroversion.

*Deuxième grossesse.* — Premiers symptômes d'intolérance

gastrique six semaines après les dernières règles. D'emblée symptômes inquiétants. — Interruption à deux mois.

*Grossesse actuelle*. — D. R. : ?

Du 26 janvier au 3 février on fait le matin 125 grammes de de sérum et le soir 250 grammes.




26 janvier. — Lavage rectal. Lait.

27 janvier. — Lait. U = 1000 grammes.

28 janvier. — Lavement d'huile. Lavement avec sulfate de soude. U = 600 grammes.

29 janvier. — Lavage rectal. Lavement de chloral (2 gr.). U = 650 grammes.

30 janvier. — Lavement nutritif. Lavement de chloral (1 gr.). U = 650 grammes.

31 janvier : Idem. U = 650.

1er février. — Bougie n° 16. Lavement de chloral : 2 grammes. U = 650 grammes.

2 février. — Huile camphrée. Lavement de chloral : 2 grammes. U = 650 grammes.

3 février. —Interruption de la grossesse. U = 750 grammes.

4 — On retire la mèche. U = 500 grammes. Subictère.

5 — Lavement de lait. Lavement de chloral (2 gr.), U = 650 grammes.

6 février. — Frictions aromatiques. U = 900 grammes.

7 — Idem. U = 950 grammes.

8 — Eau de Vichy et d'Evian. U = 700 grammes.

9 — Idem. U = 750 grammes.

10 — Bouillon de légume. U = 1.000 grammes.
12 — Alimentation légère.
20 — Premier lever.

## Hémorragies de la grossesse

### 1° — Hémorragies ayant nécessité l'interruption de la grossesse

671 de 1901 — *Avortement thérapeutique au cours du cinquième mois pour hémorragies répétées ayant déterminé une fréquence constante du pouls* (*128*)

N... Alice, trente-sept ans, V-pare, entre à la clinique le 3 avril ; quatre accouchements antérieurs spontanés : trois sommets et une face.

*Grossesse actuelle.* — D.R. : 25-29 novembre 1900.

La femme raconte qu'à la suite d'un rapport conjugal dans la nuit du 1er au 2 avril, elle perdit du sang (environ un verre).

3 avril. — Vient à la clinique Baudelocque et on l'admet au dortoir.

Dans la nuit du 4 au 5 avril, elle perd de nouveau un peu de sang, on l'amène à la salle de travail et on fait une injection vaginale à 50 degrés ; l'hémorragie cesse.

Depuis, toutes les nuits, la femme perd un peu de sang.

Dans la nuit du 15 au 16 avril, nouvelle hémorragie, cette fois abondante. P = 100. Injection vaginale à 50 degrés ; l'hémorragie cesse.

16 avril, soir. — P. = 128. La malade est affaiblie par ses hémorragies successives. M. Paquy décide de provoquer l'avortement. Ballon de Champetier. Le pouls est compté à différentes reprises et ne dépasse pas 110. Le ballon est expulsé six heures après son introduction, suivi immédiatement de l'expulsion d'un œuf complet.

Suites de couches apyrétiques.

La femme quitte le service le 29 avril.

1126 de 1901. — *Hémorragies de la grossesse par placenta inséré bas. — Interruption. — Ballon de Champetier. — Membranes (18/0).*

R... Marguerite, vingt-quatre ans. I-pare.

D.R. : 21-26 décembre.

1er avril. — A la suite d'une chute : perte de sang qui cède au repos et réapparaît aussitôt que la femme travaille.

5 juin. — Elle entre à la clinique Baudelocque : repos absolu et injections chaudes.

6 juin. — Expulsion de caillots. Injection chaude. P. = 104. T = 37°2.

Dans la journée, l'écoulement s'arrête : P. = 92.

19 juin. — Nouvel écoulement de sang.

Jusqu'au 22 juin il persiste un léger suintement. Le pouls oscille entre 96 et 200.

28 juin. — Expulsion de caillots. P. = 100.

1er juillet. — Ecoulement plus abondant. P. = 112.

La femme perdant de plus en plus, M. Paquy pose un ballon de Champetier.

2 juillet. — Expulsion d'un enfant vivant (990 gr.) à 5 heures matin, suivie d'expulsion spontanée du placenta.

P. = 104. Injection chaude.

*Suites de couches.* — Apyrétiques.

1636 de 1902. — *Hémorragies répétées au cours de la grossesse. — Fréquence constante du pouls (120). — Avortement thérapeutique au cours du cinquième mois.*

D..., vingt-six ans, IV-pare.

*Grossesses antérieures.* — Trois sommets spontanés à terme.

*Grossesse actuelle.* — Elle entre à Beaudelocque le 3 octobre 1902, anémiée par des pertes de sang continues depuis le mois de juin.

D. R. : 9-14 mai.

Vers la fin de juin, environ six semaines après les dernières règles, elle perd du sang en petite quantité pendant quelques heures. L'hémorragie cesse d'elle-même, mais reparaît le len-

demain, plus abondante. Depuis cette époque jusqu'à son entrée à Baudelocque, elle n'est pas restée huit jours sans perdre de sang.

Les pertes sont exclusivement sanguines ; elles sont constituées par du sang liquide et à partir de la fin de septembre, par du sang liquide et des caillots. Jamais elle n'a eu d'écoulements séreux, ni séro-sanguinolents.

3 octobre. — Elle vient consulter et on l'admet au dortoir de la clinique.

Elle est très pâle, ses muqueuses sont décolorées. Elle reste étendue dans son lit, sans manifester le désir de se lever, car dès quelle est debout, elle sent que sa tête tourne. T. = 36o8. P. = 104.

La femme est mise au repos absolu. On lui fait régulièrement des injections vaginales chaudes, et on surveille avec grand soin son pouls.

3, 4, 5 octobre. — Elle perd du sang en petite quantité, mais d'une façon continue ; le pouls oscille entre 92 et 100.

6, 7, 8 octobre. — Elle ne perd pas, le pouls reste au dessous de 100.

9 octobre. — Surviennent quelques douleurs et une perte plus abondante : elle est transportée à la salle de travail, où elle reste en surveillance pendant vingt-quatre heures. Il n'y a pas de contraction utérine douloureuse. L'hémorragie a cessé, aussi la ramène-t-on au dortoir le 10.

11 octobre. — Le suintement sanguin reparaît, et persiste d'une façon continue jusqu'au 17 octobre. Le pouls reste au dessous de 100.

18 octobre, au matin. — Une hémorragie plus considérable avec caillots survient. Le pouls monte à 116. Pendant cinq minutes, elle reste dans un état syncopal.

C'est à cette date que M. Pinard pose l'indication d'interrompre la grossesse si le pouls reste d'une façon constante au-dessus de 100.

20 au 26 octobre. — Le pouls oscille entre 92 et 100, il n'atteint 104 que le 24 octobre.

26 octobre. — Des contractions utérines douloureuses appa-

raissent. L'écoulement sanguin est minime. Le pouls est à 96. Elle est transportée à la salle de travail.

Les choses restent en l'état le 27 et le 28. Quelques douleurs et quelques modifications du col font espérer que le travail va se déclarer.

Mais le 29 au matin, le pouls est depuis la veille au soir à 120. Il n'y a pas de travail.

Dans ces conditions, suivant le conseil donné et renouvelé depuis le 18, M. Couvelaire juge qu'il est dangereux d'attendre plus longtemps et fait préparer un ballon de Champetier d'une contenance de 160 grammes.

11 h. 30 du matin : M. Lebreton, externe de garde, introduit un ballon de Champetier. P. = 120. T. = 37°1.

Sérum artificiel : 500 grammes.

A 2 h. 45 le ballon est extrait, suivi du fœtus et du placenta expulsés en bloc avec quelques caillots noirâtres.

Injection utérine. P. = 108. Placenta Chateaubriant.

*Suites de couches.* — Pouls oscille entre 92 et 120.

1003 de 1903. — *Accouchement provoqué. — Insertion vicieuse du placenta. — Hémorragie grave. — Ballon de Champetier. — Version. — Délivrance artificielle.*

R. E..., I-pare, vingt ans.

Elle est amenée à la clinique Baudelocque le 13 juin à 8 heures du matin. Elle est exsangue, incapable de répondre aux questions. Syncopes.

D. R. : fin septembre.

5 juin. — Perte de sang abondante pendant cinq minutes.

13 juin, matin : — Perd à deux reprises des flots de sang, en se levant de son lit, syncope.

A l'entrée : Examen. H. U. = 28. Auscultation négative.

Toucher : Col long, entr'ouvert ; le doigt arrive sur le placenta. Pouls petit, irrégulier. Rupture large des membranes. 100 grammes de sérum. Ballon de Champetier.

8 h. 25 : P. = 88. Petit, filiforme, irrégulier, certaines pulsations ne sont pas perçues.

9 heures : P. = 100. Petit, filiforme, irrégulier.

10 h. 30 : Injection d'éther. P. = 120, bien frappé.

11 h. 30 : Ballon dans le vagin. Il est extrait. M. Couvelaire fait une version interne. Evolution et extraction faciles. Délivrance artificielle. Injection utérine à 50 degrés.

Ether ; 500 grammes de sérum.

Suites de couches normales.

2147 de 1903. — *Accouchement provoqué. — Hémorragie. — Femme amenée en état syncopal. — Ballon Champetier*

V. C..., vingt-sept ans, IV-pare, amenée à la clinique Baudelocque le 29 décembre à 4 heures soir.

Deux accouchements antérieurs normaux.

Troisième grossesse terminée par un avortement de six semaines. Depuis la femme perd régulièrement tous les quinze jours.

En novembre et décembre, elle perd tous les huit jours (hémorragies nocturnes cessant dès que la femme est levée).

25 décembre. — Hémorragie abondante. Il y avait eu un dernier rapport la veille au soir.

28 décembre, 9 heures soir. — Hémorragie. La femme perd toute la nuit.

29 décembre. — La femme arrive à la clinique, exsangue et glacée. P. = 160.

Toucher : Vagin rempli de caillots. Col perméable laisse arriver sur le placenta. Injection à 50 degrés. Tentative infructueuse de rupture des membranes.

Sérum : 500 grammes. — Ballon. Compression de l'aorte.

Entre 4 h. 30 et 5 heures : syncope, pouls incomptable et filiforme. Sérum artificiel : 500 grammes.

5 h. 10 : Pouls mieux frappé. Sérum. La malade va de mieux en mieux. Pouls oscille entre 96 et 106.

La femme ne perd pas.

30 décembre : P. = 130. T. = 38°9. Ecoulement vaginal sanieux, fétide.

3 h. 30 soir : P. = 120. — T. = 38°9. La femme est portée à l'isolement.

6 h. 30 soir : P. 120. T. = 38°6. Sérum A = 40 grammes.

10 h. 20 soir : P. 120. T. = 38°8. Expulsion du ballon suivi du fœtus et du placenta décollé. Injection uterine à 50 de grés. La femme ne perd pas. P. = 116. T. = 38°8.

Suites de couches normales.

536 de 1904. — *Placenta inséré vicieusement Hémorragie grave. — Interruption de la grossesse.*

S. M..., trente-cinq ans, VIII-pare.

Accouchements antérieurs : Premier à six mois ; deuxième, troisième et septième à terme, quatrième, cinquième à sept et huit mois. Sixième grossesse : avortement de trois mois.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : 10-12 juillet.

7 avril, 2 h. 30 soir. — La femme est amenée exsangue à la clinique, elle perd du sang depuis trois jours. P. = 120. T. = 36°8.

Au toucher : col long perméable, permet d'arriver sur des cotylédons placentaires.

500 grammes de sérum artificiel. Pouls tombe à 90, puis il remonte progressivement.

5 heures soir : P. = 120. Craignant qu'une nouvelle hémorragie ne soit fatale, on ouvre l'œuf en perforant la masse placentuaire, car on ne peut atteindre les membranes.

On extrait un enfant vivant.

Délivrance artificielle. Injection utérine.

*Suites de couches :*

9 avril. — T. = 39. P. = 104. Injection utérine.

10 avril. — T. = 38°2. P. = 112. id.

Ensuite : Température au-dessous de 38 degrés.

**2° Observations d'hémorragies pendant la grossesse**

277 de 1901. — *Hémorragies de la grossesse. — Rupture artificielle des membranes. — Insertion basse du placenta.*

S. S..., trente-deux ans, VI-pare.

D. R. : 15-20 mai 1900.

6 février, à 4 heures matin. — Hémorragie abondante, cédant au repos.

11 février. — Nouvelle hémorragie dans la nuit, plus abondante.

Elle arrive à la Clinique Baudelocque. La femme est pâle. P. = 96. Elle perd assez abondamment.

*Examen.* — Le vagin est rempli de caillots. Col perméable permettant d'arriver sur le placenta.

Alors on fait une rupture large des membranes et on pose un ballon de Champetier.

Le pouls oscille entre 80 et 100. De temps eu temps la femme perd du sang. Le pouls faiblit alors. P. = 96.

On fait 300 grammes de sérum artificiel.

Accouchement par le siège d'un garçon mort. (3.450 gr.)

Délivrance artificielle. T. = 37°5. P. = 128.

Sérum artificiel : 500 grammes.

Suites de couches apyrétiques.

530 de 1901. — *Hémorragies à répétition. — Insertion vicieuse du placenta. — Introduction d'un ballon de Champetier*

L... Joséphine, chapelière, trente-huit ans, II-pare.

8 février. — Première hémorragie peu abondante.

12 février. — Nouvelle perte sanguine.

24 mars à 1 h. 20 soir. — Hémorragie très abondante (1200 gr. de caillots). Le pouls est à 128. Rupture large des membranes, introduction d'un ballon de Champetier.

Injection de 500 grammes de sérum artificiel.

3 h. 30 soir : Basiotripsie, extraction d'un enfant pesant 2.910 grammes.

Délivrance artificielle immédiate.

Suites de couches normales.

88 de 1902. — *Hémorragie pendant le dernier mois de la grossesse. — Insertion basse du placenta.*

M... Marie, trente-et-un ans, II-pare.

Entre à la clinique le 16 janvier à 8 h. 30 soir.

*Grossesse antérieure* : Avortement de quatre mois et demi.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : 7-10 avril. H.U. = 37 c.

La grossesse évolue normalement.

8 janvier. — Petite perte de sang le matin, puis le soir, mais plus abondante.

16 janvier.— Perte très abondante avec caillots ; la femme est amenée à la clinique Baudelocque.

*Examen.* — Sommet en D. P. Dilatation d'une paume de main. On fait une déchirure large des membranes. P. = 100. La femme ne perd plus.

Accouchement normal. Après la délivrance, le pouls est à 80.

Suites de couches apyrétiques.

918 de 1902. — *Insertion vicieuse du placenta. — Hémorragies répétées. Délivrance artificielle* (P. = 130).

R... Camille, trente-deux ans, III-pare.

*Grossesses antérieures.* — Normales.

*Grossesse actuelle.* — D. R. 25-30 octobre. HU. = 31.

A la fin du sixième mois. — Hémorragie abondante cédant au repos.

Deuxième hémorragie, quinze jours après. Elle se repose pendant deux jours puis continue à perdre de l'eau roussâtre.

7 juin. — Perte abondante. Elle entre à la clinique Baudelocque. Ses vêtements sont souillés de sang. P. = 138. Col ouvert comme 2 francs. Déchirure large des membranes. P. = 114 puis 120.

Expulsion du fœtus. P. = 130 aussitôt après.

Délivrance artificielle immédiate : P. = 108. Injection intra-utérine. Membranes : 33/0.

Les jours suivants le pouls redescend à 88

Suites de couches apyrétiques.

1259 de 1902. — *Insertion vicieuse du placenta. — Hémorragies répétées pendant la grossesse et le travail.*

P... Marie, trente-cinq ans, IV-pare.

Premier accouchement gémellaire. Deuxième et troisième accouchements, normaux.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : 9-15 décembre 1901.

Vers la fin de juin apparaissent des hémorragies qui se répètent tous les huit jours, mais sont peu abondantes.

3 août : hémorragie abondante. La femme vient à la clinique où on la surveille.

6 août. — A 7 heures du soir : nouvelle hémorragie.

6 août. — A 11 heures du soir : perte de caillots. P. = 76. Injections chaudes.

7 août. — A 11 h. 30 matin : dilatation de 5 francs, l'hémorragie reparaît. Rupture large des membranes.

Accouchement normal. — Délivrance par extraction simple. Membranes : 30/0. P. = 96.

Suites de couches : une fois 38 degrés.

Obs. 1610 de 1902. — *Insertion vicieuse du placenta. — Hémorragies pendant la grossesse et le travail. — Déchirure large des membranes. — Ballon. Suites de couches fébriles.*

Voir : Observations d'infection.

3o6 de 1903. — *Insertion vicieuse du placenta. — Hémorragie de la fin de la grossesse. — Siège. — Accouchement prématuré. Déchirure large des membranes.*

G. A..., vingt-deux ans, III-pare.

Deux accouchements antérieurs normaux.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : 20-23 mai.

14 février. — Perte de sang, d'une façon à peu près continue.

19 février. — Douleurs : entre à la Clinique à 11 h. 30 soir.

Examen : H. U. = 31. Siège. Ecoulement sanguin très abondant. On arrive sur le placenta. P. = 88. Injections à 50 degrés.

A minuit. — P. = 108.

20 février, 12 h. 15. — P. = 128. Déchirure large des membranes. On sent le placenta décollé en partie, et on engage le pied antérieur à travers l'orifice utérin. L'hémorragie s'arrête.

Minuit 30. — P. = 112.

12 h. 45. — P. = 100.

1 heure matin. — P. = 96.

2 heures matin. — Extraction d'enfant mort. La portion placentaire décollée accompagne la tête, mais l'autre portion est encore adhérente.

Délivrance. — Trente minutes après. P. = 88.

Membranes : 39 /0.

Suites de couches normales.

938 de 1903. — *Insertion vicieuse du placenta.*
*Hémorragies pendant la grossesse et le travail.*

H. M..., trente-sept ans, III-pare.

Deux accouchements antérieurs normaux.

*Grossesse actuelle :* D. R : 20-23 août

Dans la nuit du 19 au 20 mai : Hémorragie peu abondante. La femme est amenée à Baudelocque. Injection à 50 degrés. L'hémorragie cesse.

26 mai. — Légère perte de sang. L'hémorragie se répète les jours suivants.

1er juin, 7 heures soir. — Premières douleurs.

2 juin, 9 heures matin. — P. = 80.

11 heure matin. — On sent un cotylédon placentaire.

Midi. — La femme perd un peu. Rupture artificielle des membranes. (Déchirure large.) L'hémorragie cesse.

Accouchement normal.

Délivrance naturelle. Membranes : 30 /0. P. = 88.

Suites de couches normales.

950 de 1903. — *Insertion vicieuse du Placenta.*
*Hémorragies pendant la grossesse et le travail.*

R. A..., trente ans, II-pare.

Première grossesse terminée par avortement de deux mois et demi.

*Grossesse actuelle*, — D. R. : 18-20 septembre.

Entre à la Clinique le 3 juin à 11 heures matin.

Depuis un mois, pertes sanguines intermittentes. Injections chaudes.

Au toucher, on sent les membranes rugueuses. On diagnostique une insertion vicieuse du placenta.

Injection à 50 degrés : l'hémorragie cesse.

4 juin. — La femme perd presque continuellement un peu de sang liquide mêlé de caillots. P. = 88.

3 heures soir. — Contractions douloureuses, léger écoulement sanguin.

4 heures soir. — On sent un cotylédon.

4 h. 50. — La femme perd un peu plus. P. = 100.

Rupture large des membranes à la dilatation de 1 franc.

L'écoulement persiste pendant toute la période de dilatation.

L'hémorragie cesse lorsque la tête s'engage.

8 heures. — Accouchement. — Le placenta suit le fœtus.

Membranes : 31/0.

Suites de couches normales.

1428 de 1903. — *Insertion vicieuse du placenta. — Ballon. — Version*

P. M..., vingt-deux ans, I-pare.

D. R. : 24 décembre.

3 juillet. — Perte de sang peu abondante.

11 juillet. — Nouvel écoulement qui revient tous les huit ou dix jours.

Depuis le 22 Août : elle perd continuellement jusqu'au 25 au matin.

25 août. — Entre à la clinique, H. U. = 29. Au toucher on arrive sur le placenta. — Caillots. T. = 36°8. P = 106. Injection à 50 degrés.

11 h. 30. — P. = 112. Déchirure large des membranes. Perte. Ballon de Champetier. La femme ne perd plus. P. = 90.

7 h. 30 soir. — Expulsion du ballon. Le placenta déchiqueté obstruant l'orifice est en partie dans le vagin. Délivrance artificielle. P. = 112. T. = 37° 5.

*Suites de couches :* T. oscille entre 38 et 39° 4 les sept premiers jours.

2120 de 1903. — *Insertion vicieuse du Placenta. — Hémorragies pendant la grossesse et le travail*

R. M..., vingt-sept ans. I-pare.

D. R. : 15 juin.

3 décembre. — S'aperçoit en se levant que son linge est taché de sang. Depuis elle a presque tous les jours de petites hémorragies.

12 décembre.— Consulte à la clinique : on prescrit : repos et injections chaudes.

Nuit du 24 au 25 décembre. — Hémorragie très abondante. Elle vient à la clinique à 3 heures matin.

Au toucher, on arrive sur le placenta. Injection vaginale à 50 degrés, l'hémorragie cesse.

3 h. 30 matin. — Légère perte de sang.

4 h. 40. — Hémorragie. — Déchirure large des membranes.

5 h. 45. — Accouchement.

Délivrance. Membranes 30/0 . P. = 92 .

Suites normales.

159 de 1904. — *Insertion basse du placenta. — Hémorragies pendant la grossesse. — Rupture prématurée et spontanée des membranes. — Cessation de l'hémorragie.*

A. J..., vingt ans, III-pare.

Deux accouchements antérieurs normaux.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : 8-10 février.

Troisième mois : hémorragie abondante.

11 juillet. — Hémorragie qui s'arrête au bout de douze à quatorze heures.

Depuis, par intermittences, la femme souffre et perd du sang.

9 novembre, 6 heures soir. — Rupture prématurée des membranes. Injections vaginales. Repos au lit. T. = 36°8. P. = 80. Cessation de l'écoulement sanguin.

12 novembre, 8 heures soir. — Accouchement.

Délivrance naturelle. Membranes : 32/2.

Suites normales.

*Dans cette observation, la rupture spontanée des membranes est un exemple typique de l'influence qu'elle a sur l'hémorragie.*

188 de 1904. — *Insertion vicieuse du placenta. Hémorragie de la grossesse et du travail.*

X..., I-pare. Entre à la Clinique le 4 février. D. R. : 13-18 juin.

3 décembre. — Hémorragie assez abondante. L'écoulement sanguin persiste jusqu'au 15 décembre.

12 janvier. — Hémorragie plus abondante. Repos au lit. Léger écoulement noirâtre jusqu'au 29 janvier.

4 février, 6 heures matin. — Hémorragie (300 gr.).

9 heures matin : Contractions utérines douloureuses.

10 h. 30 matin : Nouvelle perte de sang. P = 104.

12 h. 30. La femme entre à la clinique, elle perd légèrement du sang.

3 heures soir : Déchirure large des membranes. L'écoulement s'arrête.

6 heures : Accouchement.

Délivrance naturelle. Membranes : 30/2.

Suites normales.

624 de 1904. — *Insertion basse du placenta. — Hémorragie pendant la grossesse et pendant le travail. — Déchirure large des membranes.*

S..., trente-trois ans, III-pare.

Premier accouchement normal. Infection puerpérale. Curetage.

Deuxième accouchement normal. Délivrance artificielle.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : 30 juillet-3 août.

En janvier. — Perte de sang peu abondante.

17 mars (septième mois). — Perte un peu plus abondante. La femme cesse son travail, mais ne s'alite pas.

Nuit du 23 au 24 mars. — Perte de sang assez considérable. Elle entre à la clinique, au dortoir.

26 mars. — Hémorragie abondante, cessant par injection à 50 degrés.

14 au 28 avril. — Traces d'albumine : régime lacté.

28 avril, 3 heures matin. — Hémorragie. Injection à 50°.

2 mai. — Perte de sang. P. = 104.

12 mai, 2 heures matin. — Expulsion de caillots. Injection à 50°, la femme perd. P. = 96.

3 h. 10 : Rupture de l'œuf au niveau d'un espace intercotylédonnaire. Ballon de Champetier.

Pendant ces manœuvres, la femme a perdu du sang en assez grande abondance. Pâleur. P. = 100. Les contractions utérines deviennent de plus en plus fortes, l'hémorragie cesse.

5 h. 20 : La femme éprouve le besoin de pousser. Il se produit une hémorragie aussitôt le ballon extrait. On fait alors une version interne.

7 heures : Expulsion spontanée d'un garçon (4.340 gr.). La déchirure des membranes à été faite au ras du placenta.

Suites normales.

1651 de 1904. — *Insertion basse du placenta. — Hémorragie pendant la grossesse et le travail*

M. V..., I-pare, vingt-trois ans.

Entre à la clinique le 24 novembre à 4 h. 25 matin.

D.R. : 20-23 mai.

20 septembre. — Perte de sang qui dure une journée et s'arrête spontanément.

24 novembre, 1 heure matin. — Contractions utérines douloureuses.

3 heures matin : Ecoulement sanguin.

Entre à la Clinique Baudelocque : la femme a son linge souillé de sang.

*Examen.* — A travers le col, on arrive sur le placenta. Injection à 50 degrés. P. = 128. Rupture large des membranes, la femme ne perd plus. Injection à 50 degrés.

Midi : Accouchement : enfant mort.

Délivrance : Membranes : 35/0.

Suites normales.

752 de 1905. — *Insertion basse du placenta. — Hémorragie au cours du huitième mois. — Déchirure large des membranes. — Délivrance incomplète. — Hémorragie. — Extraction de cotylédons placentaires détachés. — Suites de couches fébriles.*

Voir : Observations d'infection.

798 de 1905. — *Hémorragie par insertion du placenta. Rupture large des membranes. — Cessation de l'hémorragie*

T... Marie, vingt-quatre ans, modiste, II-pare.

Premier accouchement normal.

*Grossesse actuelle.* — Première hémorragie le 26 mai à 2 heures soir.

Arrive à la clinique le 26 mai à 3 heures soir. Pouls. 112.

4 heures soir : pouls à 92. Col perméable.

4 h. 30 : pouls à 100. Rupture large des membranes ; l'hémorragie s'arrête.

9 h. 15 soir : expulsion d'un garçon vivant.

Après la délivrance : pouls à 88.

Suites de couches normales.

853 de 1905. — *Hémorragie pendant la grossesse et pendant le travail par insertion basse du placenta. — Rupture large des membranes.*

G... Mathilde, vingt-six ans, IV-pare.

Trois accouchements antérieurs normaux.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : 7-10 septembre.

Pertes de sang abondantes, au septième mois ; puis pertes plus abondantes, pendant quatre heures, quinze jours après la première.

7 juin. — La femme, qui est en travail, perd de nouveau et entre à la clinique. P. = 90. Deux heures après, le pouls s'accélère, monte à 104-112 puis 120. La peau et les muqueuses deviennent pâles. Au toucher on sent les cotylédons placentaires. Les membranes sont déchirées largement, l'écoulement sanguin s'arrête complètement. Le pouls retombe à 104.

6 heures : Les contractions sont de plus en plus espacées.

P. = 136. Le vagin est rempli de caillots qui sont retirés. L'écoulement sanguin recommence. Injections à 50 degrés dans le col largement ouvert. Les contractions deviennent plus fréquentes, le pouls retombe à 96.

Expulsion d'enfant mort.

Délivrance : Membranes : 29/0. P. = 92.

Suites de couches apyrétiques.

866 de 1905. — *Insertion basse du placenta. — Hémorragie pendant la grossesse et le travail. — Déchirure large des membranes.*

B... Emilie, vingt-sept ans. II-pare.

Premier accouchement normal.

*Grossesse actuelle.* — D. R. = 8-14 octobre.

Depuis le deuxième mois de sa grossesse, léger écoulement sanguin qui devient plus abondant dans les trois derniers mois. Pas de repos.

Dans le courant du septième mois elle reste quinze jours sans perte.

8 juin, 8 heures soir. — Hémorragie abondante qui détermine une syncope. Elle s'alite, l'hémorragie semble s'arrêter.

9 juin, 3 heures matin. — Nouvelle hémorragie plus abondante. Injection chaude et tamponnement.

9 heures matin. — Entre à la clinique, muqueuses pâles, décolorées. P. = 92. T. = 36°5. On enlève les tampons, puis injection vaginale chaude.

11 h. 30. — Ecoulement sanguin. P. = 92.

6 h. 20. — Ecoulement sanguin. P. = 104. La dilatation est de 2 francs. Les membranes sont rompues largement.

L'écoulement s'arrête et le pouls redescend à 92.

10 heures. — Accouchement : fille morte.

Délivrance : Membranes. = 29/0.

Suites normales.

904 de 1905. — *Insertion vicieuse du placenta. — Hémorragies pendant la grossesse. — Hémorragie grave pendant le*

*travail. — Rupture artificielle des membranes. — Curettage. — Péritonite. — Mort le trentième jour.*

Voir : Obs. d'nfection.

999 de 1905. — *Insertion basse du placenta. — Hémorragie pendant le dernier mois de la grossesse. — Hémorragie grave au début du travail. — Rupture large des membranes. — Ballon de Champetier. — Délivrance artificielle.*

L. L..., vingt-huit ans. II-pare.

Premier accouchement au huitième mois. Enfant vivant.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : 22-24 septembre.

20 juin. — Hémorragie peu abondante. La femme entre dans le service.

21 juin. — Soir : hémorragie peu abondante.

2 juillet. 3 heures matin. — Premières contractions douloureuses ; légère perte de sang. Injection à 50 degrés.

Midi 15. — La femme perd brusquement une grande quantité de sang. Etat inquiétant. P. = 130. Décoloration des muqueuses et téguments. Tendances syncopales.

On évacue les caillots qui emplissent le vagin ; on rompt largement les membranes et on place un ballon de 500. Aussitôt gonflé, l'hémorragie s'arrête.

Sérum : 1.000 grammes.

Pendant l'après-midi le pouls oscille autour de 100.

4 h. 30. — Expulsion du ballon suivi de caillots.

La tête s'engage. Forceps. Enfant vivant.

Délivrance artificielle immédiate. Membranes 25/0. Injection utérine. P. = 120.

Suites de couches apyrétiques.

1203 de 1905. — *Insertion basse du placenta. — Hémorragie. Suites de couches fébriles.*

Voir : Obs. d'nfection.

1250 de 1905. — *Insertion basse du placenta. — Accouchement prématuré au sixième mois. — Rupture prématurée des membranes soixante-douze heures avant le début du travail. — Température rectale avant l'accouchement = 39° 1. — Pouls = 120. — Après l'accouchement : T. = 37° 5. — P. = 112.*

B. G..., vingt-trois ans, II pare.

Premier accouchement normal.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : 10-15 février.

2 août. — Légère perte de sang. Repos.

13 août. — Ecoulement roussâtre. Rupture prématurée des membranes.

16 août, de 9 heures matin à 8 heures soir. — Ecoulement sanguin.

1 heure soir : la femme entre à Baudelocque.

*Examen.* — Col long. T. = 37° 4. P. = 108.

Injection vaginale à 50 degrés. L'écoulement s'arrête.

7 heures soir : Frisson. T. = 38° 8. P. = 120. Odeur fétide. Sérum antistrept. : 40 grammes.

Minuit : Température rectale : 39° 1. P. = 120. Injection prolongée.

17 août, 1 heure matin. — Expulsion de fœtus vivant Placenta : Endométrite. Membranes = 25/0. T. = 37° 5. P. = 112.

Suites normales.

1477 de 1905. — *Insertion basse du placenta. — Hémorragies pendant la grossesse. — Rupture artificielle des membranes. — Ballon Champetier. — Curettage.*

Voir : Observations d'infection.

1643 de 1905. — *Insertion basse du placenta. — Hémorragie pendant la grossesse. — Déchirure large des membranes.*

B... Jeanne, trente-cinq ans, III-pare.

Première grossesse : avortement au troisième mois.

Deuxième : accouchement normal.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : 3-8 mars.

16 octobre. — Hémorragie abondante, cède au repos.

4 novembre. — Deuxième hémorragie moins abondante.

6 novembre. — Entre à la clinique Baudelocque : léger suintement.

7 novembre. — Perte de sang et caillots. P. = 128.

*Examen.* — Col perméable. Rupture large des membranes. L'hémorragie s'arrête. P. = 120.

2 heures soir : Nouvelle hémorragie. P. = 108, puis 116. Injection vaginale à 50 degrés, l'hémorragie s'arrête.

Accouchement normal ainsi que la délivrance. P. = 108. Membranes 42/0.

Suites de couches : une fois 38 degrés le dixième jour. P. = 128.

1676 de 1905. — *Insertion basse du placenta. — Hémorragie au début du travail. — Déchirure large des membranes.*

Saint-J... Jeanne, dix-neuf ans, I-pare.

D. R. : 1-5 mars.

Perte légère au troisième mois. Repos.

Rapport le 12 novembre suivi immédiatement d'une hémorragie. Elle vient aussitôt à la clinique.

*Examen.* — Col long, perméable, laissant arriver sur le placenta décollé en avant et à droite.

Injection à 50 degrés, l'hémorragie cesse. P. = 88.

Midi : Léger écoulement sanguin. P. = 88.

Midi 30 : Nouvelle hémorragie. P. = 112. Tendance syncopale. Les membranes sont déchirées largement, l'hémorragie cesse.

1 h. 40 : La femme perd de nouveau. On introduit deux doigts dans l'orifice dilaté pour permettre à la tête de descendre sans décoller le placenta. L'hémorragie cesse.

3 h. 15 : La tête appuie fortement sur l'orifice utérin. P. 108. Injection vaginale à 50 degrés.

Le pouls oscille ensuite entre 98 et 112, mais la femme ne perd plus.

6 h. 55 : Expulsion d'un enfant en état de rigidité cadavéri-

que. Délivrance : Membranes : 40/0. P. = 116. Injection utérine prolongée.

*Suites de couches.* — T. = 38° les premier, quatrième et dix-huitième jours. P. entre 96 et 116, les sept premiers jours, puis de 96 à 100 jusqu'au quatorzième. Il remonte à 128 le dix-huitième jour, et redescend alors progressivement à la normale.

1679 de 1905. — *Insertion basse du placenta. — Hémorragies pendant la grossesse. — Rupture prématurée des membranes. — Délivrance artificielle pour hémorragie.*

V... Lucie, trente ans, III-pare.

Premier accouchement normal.

Deuxième grossesse : avortement au quatrième mois.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : 9-12 avril.

Première hémorragie le 31 octobre.

6 novembre. — Deuxième hémorragie très abondante.

7 novembre. — Rupture prématurée des membranes. Plus de perte.

13 novembre, à 11 h. 50. — Accouchement. Siège.

1 heure : P. = 96. La délivrance n'est pas faite.

1 h. 15 : Hémorragie. Pouls s'élève à 120-130. Délivrance artificielle. La femme ne perd plus. P. = 108 puis 96.

500 grammes de sérum artificiel.

Membranes : 18/1.

Suites de couches normales.

867 de 1907. — *Insertion basse du placenta. — Pouls = 120 à l'arrivée. — Déchirure large des membranes*

B... Marie, vingt ans, I-pare.

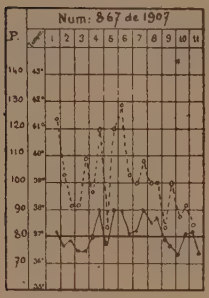
D. R. 15-18 décembre.

25 mai. — Hémorragie légère qui s'arrête sous l'influence du repos.

2 juin. — Entre à la clinique à 8 h. 55 du soir. P. = 120. T. = 36°4.

Elle perd du sang. Injection à 50 degrés, l'écoulement s'arrête.

A minuit : hémorragie. P. = 120. Rupture des membranes. On sent le placenta. L'hémorragie s'arrête. Sérum 500 gr.




1 heure : P. = 100
2 — : P. = 100
3 — : P. = 88
4 — : P. = 96
5 — : P. = 100
6 — : P. = 112
7 — : P. = 120
8 h. 30 : Application de forceps, fille mort-née.

Délivrance. P. = 132. Membranes : 47/0.

*Suites de couches.* — T. = 38 degrés les quatrième, cinquième, sixième et septième jours.

Pouls oscille entre 88 et 120.

Ecoulement lochial fétide (utérus antéfléchi).

1195 de 1907. — *Hémorragies légères de la grossesse. — Endométrite*

B... Marie, vingt-cinq ans. I-pare.

D. R. : 7-11 octobre.

19 juin. —Entre à la Clinique parce qu'elle a perdu du sang.

| | | | |
|---|---|---|---|
| | P. = 84 | TA. = 14,5 | |
| 17 juillet. — | P. = 84 | TA. = 14,5 | |
| 18 — | P. = 92 | TA. = 14 | |
| 19 — | P. = 100 | TA. = 15,5 | |
| 20 — | P. = 104 | TA. = 15 | |
| 21 — | P. = 84 | TA. = 14,5 | |
| 22 — | P. = 92 | TA. = 14,5 | |
| 23 — | P. = 80 | TA. = 13 | Pertes de sang le soir |
| 24 — | P. = 108 | TA. = 14 | |
| 25 — | P. = 92 | TA. = 14 | |
| 27 — | P. = 100 | TA. = 13 | Perte de sang avant la prise du pouls. |
| 28 — | P. = 92 | TA. = 14 | |
| 29 — | P. = 92 | TA. = 13 | |

30 — Accouchement : Enfant 2.950 grammes.

*Délivrance.* — Placenta Chateaubriant. 450 grammes. Caduque épaisse.

Après : P. = 100 TA. = 13,5
31 juillet. — P. = 76 TA. = 14,5
1er août. — P. = 68 TA. = 14,5
2 — P. = 84 TA. = 14,5
3 — P. = 80 TA. = 15
4 — P. = 64 TA. = 14,5
5 — P. = 74 TA. = 14,5
6 — P. = 80 TA. = 15
7 — P. = 68 TA. = 15,5
8 — P. = 60 TA. = 15,5

1214 de 1907. — *Insertion basse du placenta. — Hemorragie à la fin de la grossesse et pendant le travail. — Déchirure large des membranes.*

Y... Eugénie, trente-deux ans, VII-pare.

Six grossesses : accouchements à terme.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : 6-12 novembre.

10 juillet. — Hémorragie cédant aux injections chaudes.

31 juillet. — Entre à la Clinique, parce qu'elle perd du sang. P. = 104. Injection vaginale à 50 degrés. L'hémorragie cesse ; le pouls redescend à 80.

1er août, dans la nuit. — Contractions utérines douloureuses. Ecoulement sanguin abondant. P. = 116. Injections à 50 degrés. Déchirure large des membranes, l'écoulement s'arrête. Le pouls redescend progressivement à 76.

2 août, 8 heures du matin. — T. = 36°6. P. 88. Léger écoulement sanguin.

6 heures du soir : P. = 84.

9 heures : Expulsion d'enfant vivant.

Membranes : 33/1.

Suites de couches apyrétiques.

1227 de 1907. — *Insertion basse du placenta. — Hémorragie de la grossesse, du travail et de la délivrance.—Suites de couches fébriles.*

Voir : Observations d'infection.

108 de 1908. — *Hémorragies pendant le dernier mois de la grossesse.— Hémorragie au début du travail.— Déchirure large des membranes. — Ballon. — Membranes : 40/0.*

V... Albertine, trente-quatre ans, VII-pare.

*Grossesses antérieures.* — Accouchement normal.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : 10-15 avril.

Pendant la grossesse : traces d'albumine.

Fin de décembre 1907. — Légère hémorragie.

4 janvier. — Perte légère. P. = 72.

11 janvier. — Perte peu abondante. P. = 80.

12 janvier. — P. = 84. Injection vaginale chaude.

13 janvier. — P. = 72-80.

14 janvier. — P. = 72-80.

15 janvier. — P. = 84.

16 janvier. — P. = 84. A 8 heures du soir, premières contractions utérines douloureuses.

17 janvier, 12 h. 30 soir. — Hémorragie peu abondante qui devient rapidement considérable.

P. = 72. Injection vaginale à 50 degrés.

Quelques minutes après, l'hémorragie devient plus abondante et s'accompagne de caillots. Le pouls s'accélère et monte à 104, 108, 120. Déchirure large des membranes. Le doigt arrive directement sur le placenta.

Injection à 50 degrés. Il persiste un léger écoulement sanguin. P. = 16. TA. = 112.

2 h. 15 : M. Mouchotte introduit un ballon de 450 grammes. L'hémorragie s'arrête. P. = 112. TA. = 13.

Les contractions deviennent régulières.

2 h. 40 : P. = 92.

3 heures : P. = 100. TA. = 15.

3 h. 45 : Syncope qui dure quelques instants.

On fait aussitôt 400 grammes de sérum.

4 heures : P. 112. TA. = 15.

4 h. 15. Extraction du ballon.

Pendant l'expulsion P. = 100. TA. 16,5 entre les efforts.

Pendant l'effort. TA. = 17,5.

5 heures : Accouchement spontané. Enfant = 3.080. grammes. Entre l'accouchement et la délivrance. TA. = 14,5.

5 h. 10 : Délivrance artificielle. P. = 40/0.

Après la délivrance : P. = 88. TA. = 13,5.

9 h. 30 : P. = 108. TA. 13.

18 janvier. — P. = 84. TA. = 14

19 — P. = 76. TA. = 14

20 — P. = 72. TA. = 14

21 — P. = 72. TA. = 14

22 — P. = 76. TA. = 13,5

23 — P. = 76. TA. = 14

24 — P. = 80. TA. = 14

25 — P. = 84. TA. = 14

27 — P. = 100. TA. 13,5 T. = 37°5 (Constipation)

28 janvier. — P. = 72. TA. = 14.

La femme quitte le service en bonne santé.

## Pouls et tension artérielle pendant le travail

1140 de 1907. — *Bassin rétréci.* — *Opération Césarienne.*

L... Alice, vingt-quatre ans. II-pare.

Première grossesse : Avortement de trois mois.

Grossesse actuelle. — D.R. : 5-9 octobre.

17 juillet. — P. = 96 TA. = 15,5

18 — P. = 96 TA. = 14,5

19 — P. = 84 TA. = 14,5

20 — Entre en travail à une heure matin.

9 heures : P. 116 TA. = 15

Opération césarienne par le Dr Mouchote.

Après : P. = 120 TA. = 12,5 (Encore sous l'action du chloroforme).

Soir : P. = 120 TA. = 13

21 juillet. — P. = 124 TA. = 13,5

22 — P. = 116 TA. = 12,5

23 — P. = 104 TA. = 13

La température oscille entre 37°2 et 37°8 pendant les trois premiers jours. Ensuite la température est normale.

24 juillet. — P. = 104 TA. = 15

25 — P. = 88 TA. = 14

26 — P. = 96 TA. = 15

27 — P. = 92 TA. = 14

28 — P. = 88 TA. = 15

29 — P. = 84 TA. = 14

30 — P. = 88 TA. 14

31 — P. = 76 TA. = 14

1er août. — P. = 72 TA. = 14

2 — P. = 76 TA. = 14

1605 de 1907. — *Hydramnios. — Anencéphale. — Diminution de la tension artérielle après la rupture des membranes.*

D. Louise, vingt et un ans, III-pare.

*Premier accouchement.*— Grossesse gémellaire au neuvième mois.

*Deuxième accouchement.* — Sommet spontané à terme.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : 20-25 décembre.

31 août. — La femme entre au dortoir pour hydramnios.

26 septembre. — H U. = 44.

30 septembre. — H U. = 48. Au palper on diagnostique une malformation fœtale.

7 octobre. — H U. = 51 centimètres.

12 octobre. — H U. = 57 centimètres. Premières contractions utérines douloureuses. P. = 84 TA = 15.

7 heures soir : Rupture artificielle des menbranes. Liquide amniotique : 12 litres. (Écoulement lent). T A. = 13.

13 octobre. — P. 84. TA — 16.

10 h. 30 soir : Expulsion d'un fœtus anencéphale.

14 octobre. — P. = 76 TA. = 15
15 — P. = 80 TA. = 15
16 — P. = 84 TA. = 15
17 — P. = 84 TA. = 15
18 — P. = 72 TA. = 14
19 — P. = 68 TA. = 14
20 — P. = 60 TA. = 14

1617 de 1907. — *Grossesse gémellaire. — Accouchement prématuré au huitième mois*

G... Marguerite, vingt-six ans, II-pare.

Première grossesse à terme.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : 6-9 février.

Entrée à la clinique le 1er octobre. TA. = 13,5.

15 octobre, minuit. — Début du travail.

9 h. matin : Dilatation complète.

9 h. 50 — P. = 92 T. = 15
10 h. — T. = 16
10 h. 15 — T. = 17 Expulsion. Enfant : 2.200 grammes.
10 h. 20 matin P. = 124 T. = 15 (Aussitôt après l'expulsion.
10 h. 30 matin T. = 15, 5
10 h. 33 — T. = 17
10 h. 34 — T. = 19, 5 (Expulsion du tronc et dégagement de la tête). Enfant : 2.250 grammes.
10 h. 35 matin T. = 15 Aussitôt après.
10 h. 40 — P. = 96 T. = 13,5
11 h. 20 — P. = 80 T. = 13,5. Après la délivrance.
16 octobre. — P. = 76 TA. = 13,5
18 — P. = 76 TA. = 13,5
19 — P. = 64 TA. = 14
20 — P. = 64 TA. = 14
22 — P. = 60 TA. = 13,5
23 — P. = 56 TA. = 14

| | | |
|---|---|---|
| 24 octobre | P. = 60 | TA. = 14,5 |
| 25 — | P. = 76 | TA. = 13 |
| 26 — | P. = 60 | TA. = 13 |
| 27 — | P. = 60 | TA. = 13,5 |
| 28 — | P. = 60 | TA. = 13 |
| 29 — | P. = 60 | TA. = 12,5 |
| 30 — | P. = 64 | TA. = 13 |

2047 de 1907. — *Tension artérielle pendant le travail.*

R... N..., vingt-trois ans, II-pare ; premier accouchement à terme.

*Grossesse actuelle.* — D, R : 6-9 mars.

27 décembre. — Entre à la clinique à 6 heures soir : Membranes rompues :

Dilatation d'une petite paume : P. = 100. TA = 16

Dilatation complète : P. = 90. TA = 18.

Pendant l'effort d'expulsion : P. = 104. TA = 20

Aussitôt après l'effort : P. = 88. TA = 18

Quelques instants après : TA = 17

Au moment du dégagement de la tête : P. = 108. TA = 22

Après l'expulsion de l'enfant : P. 72. TA = 15

Vingt minutes après : P. = 80. TA = 15

Après la délivrance : P. = 80. TA = 13

Une heure après : P. = 80. TA = 13

| | | |
|---|---|---|
| 28 décembre. — | P. = 80. | TA = 13 |
| 29 — | P. = 92. | TA = 13 |
| 30 — | P. = 76. | TA = 13 |
| 31 — | P. = 72. | TA = 13 |
| 1er janvier. — | P. = 72. | |
| 2 — | P. = 72. | TA = 13,5 |
| 3 — | P. = 68. | TA = 13 |
| 4 — | P. = 72. | TA = 13,5 |
| 5 — | P. = 68. | TA = 13,5 |

2049 de 1907. — *Tension artérielle pendant le travail*

M... Eugénie, dix huit ans, II-pare ; premier accouchement à terme.

28 décembre. — Entre à 1 heure du matin.
Dilatation complète : P. = 92. TA. = 17.
Rupture artificielle des membranes. Après : TA. = 16.
Pendant la période d'expulsion :
Au moment des efforts : TA. 18. P. = 104.
Entre les efforts : TA. = 14.
Au moment de l'expulsion de la tête : TA = 23.
Après l'expulsion du fœtus : P. = 88. TA. = 16.
Quinze minutes après : P. = 88. TA. = 16.
puis : P. = 80. TA. = 16.
Après la délivrance : TA. 14, 5. P. = 92.
10 heures du matin : TA. = 13. P. = 76.
29 décembre. — TA. = 13. P. = 84. Montée laiteuse.
30 — TA. = 13, 5 P. = 76
31 — P. = 74
1er janvier. — P. = 76
2 — P. = 72
3 — TA. = 13 P. = 72
4 — TA. = 13 P. = 64
5 — TA. = 14 P. = 68

## Hémorragies rétro-placentaires

### 1° Observations d'hémorragies rétro-placentaires internes

394 de 1903. — *Hémorragie rétor-placentaire. Huitième mois.*

P. C.... I-pare, vingt ans.
D. R. : 8-12 juillet. Entre à la clinique le 5 mars 1903.
Il y a mois, s'aperçoit que ses jambes sont enflées.
5 mars, à midi. — Premières contractions douloureuses.
6 h. 30 : entre à la clinique Beaudelocque.
*Examen.* — Faciès pâle, lèvres décolorées. P. = 112, bien frappé. Utérus dur, de consistance ligneuse. Auscultation négative. Aucun écoulement sanguin par la vulve.

Urines : grande quantité d'albumine.

La femme est enveloppée de flanelle et linges chauds. P. = 120, puis 130.

7 h. 45 soir : expulsion d'une fille mort-née en état de rigidité cadavérique.

Le placenta est expulsé, suivi d'un énorme caillot de 450 grammes. Membranes = 29/1. P. = 108.

*Suites de couches.* — T. = 39 degrés. P. = 100 le lendemain.

Le treizième jour : T. = 38°4. P. = 112.

L'albumine diminue peu à peu.

1751 de 1905. — *Albuminurie.* — *Hémorragie rétro-placentaire.*

*Neuvième mois.*

D. J..., vingt-trois ans. Primipare. Entre à la clinique le 26 novembre à 8 h. 15 matin.

D. R. : 17-22 février.

Pendant les quatre premiers mois de la grossesse : pertes sanguines correspondant à l'époque des règles.

Vient consulter le 17 juillet pour une petite hemorragie qui disparaît par le repos.

10 novembre. — Deuxième consultation. Traces d'albumine. L'albumine disparaît sous l'influence du régime lacté absolu, mais la femme ne continue pas ce régime et se remet à manger comme à l'ordinaire.

26 novembre. — La femme est réveillée par une violente douleur abdominale, la douleur persiste toute la nuit et à 8 heures du matin la femme arrive à la clinique.

A l'arrivée : pâleur hémorragique de la face. Fond de l'utérus à 37 centimètres au-dessus de la symphyse. Pouls à 96. Utérus dur, tendu. Pas d'écoulement sanguin. Diagnostic : Hémorragie rétro-placentaire.

11 h. 1/2 : pouls entre 84 et 96. Puis il s'accélère et atteint 124. Injection de sérum. Le pouls revient à 104.

2 h. 20. — Expulsion d'un enfant mort, suivie de l'expulsion du placenta, accompagnée de sang liquide et 300 grammes de caillots.

La femme devient plus pâle, le pouls s'accélère à 128, 134, 140. L'utérus est rétracté. Sérum.

Au bout de une heure et demie, le pouls revient à 110 et bat régulièment. Les téguments se recolorent.

L'état de shock persiste jusqu'au lendemain ; la femme n'a pas uriné, la vessie ne contient pas d'urine.

Pendant les suites de couches : pouls oscillant autour de 100.

**2° Observations d'hémorragies rétro-placentaires mixtes dans lesquelles le pouls était au-dessous de 100 lors du premier examen à la Clinique.**

504 de 1902. — *Hémorragie rétro-placentaire. Huitième mois.*

R. A..., I-pare.

D. R..., 17-20 juillet. Pas d'albumine.

Entre à la Clinique le 27 mars 1902.

3 h. 30 soir : Utérus a une consistance ligneuse, il est douloureux au palper. Linge trempé de sang.

Injections vaginales chaudes. La malade continue à perdre du sang. Pouls : 90, bien frappé.

10 h. 45 soir : La femme, en allant à la selle, a une syncope. P. = 130 petit, filiforme.

Rupture artificielle des membranes.

Sérum physiologiqne : 500 grammes.

Le pouls descend à 108, puis à 96. La femme ne perd plus.

28 mars, 5 h. 15 matin. — Expulsion d'une fille mort-née.

Dix minutes plus tard, délivrance spontanée.

La *femme perd de nouveau abondamment.* P. = 130.

On retire de l'utérus des caillots anciens en grande quantité. Cupule centrale sur le placenta. Membranes : 20/5.

Suites de couches apyrétiques.

2137 de 1903. — *Albuminurie. — Hémorragie rétro-placentaire. Sixième mois.*

G. M..., vingt-neuf ans, III-pare.

*Premier accouchement.* — Mort et macéré.

*Deuxième grossesse.* — Avortement de six semaines.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : 12-16 mai. H. U. : 30 centimètres.

Elle entre à la Clinique le 27 octobre à 3 heures du soir ; et dit avoir eu chez elle une hémorragie.

P. = 92. — Utérus dur, ligneux. Auscultation négative.

28 octobre, 4 h. 15 matin. — Expulsion du fœtus, 1.950 grammes. Placenta expulsé dix minutes après, il présente de nombreux infarctus et des foyers récents d'hémorragie. Cupule centrale.

Urines : albumine en grande quantité.

Suites de couches normales.

1557 de 1904. — *Albuminurie. Hémorragie rétro-placentaire. Septième mois.*

J. J..., vingt-trois ans, I-pare. Entre le 6 novembre à 5 heures matin.

D. R. : 15-18 avril.

Syncopes et vomissements dans les trois premiers mois.

En octobre : apparaît de l'œdème au niveau des chevilles, il gagne le membre inférieur. Puis : céphalée, douleur épigastrique.

5-6 novembre, 1 heure matin. — Hémorragie abondante.

La femme entre à la Clinique.

*Examen.* — Utérus dur, ligneux. Membranes tendues. Auscultation nulle. Albumine en grande quantité. T. = 36°8. P. = 84.

Lavement purgatif. Eau-de-vie allemande.

7 novembre, 10 h. 15 matin. — Expulsion de fœtus mort : 1.870 grammes.

10 h. 25 : Expulsion spontanée du placenta : qui est déprimé par un énorme caillot.

Membranes : 22/6.

Suites normales.

641 de 1905. — *Albuminurie intense. — Hémorragie rétro-placentaire — Septième mois.*

A. L..., vingt ans, II-pare.

*Chorée* à sept ans qui disparaît six mois après l'apparition des règles, et reparaît hors de deux grossesses successives.

*Première grossesse.* — Albuminurie : terminée au sixième mois par expulsion d'enfant mort et macéré.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : 26-28 septembre.

Albumine dans les urines. Régime lacté.

25 avril. — La femme entre à la clinique, ayant des douleurs et perdant du sang. Bouffissure de la face. Grande quantité d'albumine. Utérus dur, tendu. Auscultation négative. P. = 88.

26 avril. — Dans la matinée, mouvements choréiques.

11 h. soir : Expulsion de fille morte, 800 grammes, suivie du placenta derrière lequel s'échappent d'énormes caillots noirâtres (500 gr.). Infarctus anciens sur le placenta, et cupule sur la face utérine. Membranes : 25/4. — P. = 96.

*Suites de couches.* — Normales. L'albumine va en diminuant.

726 de 1905. — *Hémorragie rétro-placentaire. — Albumine. Accouchement prématuré au septième mois*

B... Eugénie, vingt-sept ans, cuisinière, I-pare.

D. R. : 16-20 septembre.

Arrive à la clinique le 12 mai à 11 heures matin :

Utérus dur, de consistance ligneuse. Auscultation négative.

Depuis 5 heures du matin, elle dit perdre du sang. Le pouls est à 68. La femme présente de l'œdème, de la bouffissure de la face, les urines contiennent 1 gr. 50 d'albumine.

Minuit 15 : expulsion d'un enfant mort pesant 1.530 grammes.

Minuit 20 : expulsion spontanée du placenta (cupule sur la face utérine du placenta occupant les trois quarts de cette face).

Le pouls qui s'était maintenu à 68 pendant toute la durée du travail atteint 92.

Suites normales.

894 de 1907. — *Albuminurie.— Hémorragie rétro-placentaire. Cinquième mois.*

P. Louise..., vingt-huit ans, V-pare.

Trois premiers accouchements à terme.

Quatrième : avortement au deuxième mois.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : 1-5 janvier.

4 juin. — Epistaxis.

7 juin, 7 heures matin. — Douleur violente dans l'abdomen.

5 heures soir : léger écoulement sanguin.

9 heures soir : entre à la Clinique Baudelocque : P. = 80. T. 37°3. Albumine dans les urines. Utérus dur, ligneux.

10 heures soir : P. = 88. Léger écoulement sanguin.

11 heures soir : P. = 84. L'écoulement persiste.

8 juin, minuit 30. — P. = 92.

5 heures matin : P. = 96, pas de perte de sang.

7 h. 30 : expulsion d'un œuf complet suivi de 200 grammes de caillots. (Cupule sur la face utérine du placenta.) P. = 80.

Suites apyrétiques.

3° **Observations d'hémorragies rétro-placentaires mixtes, dans lesquelles le pouls était au-dessus de 100, lors du premier examen à la clinique.**

611 de 1903. — *Hémorragie rétro-placentaire. — Huitième mois.*

D. H..., vingt-huit ans. II-pare.

Premier accouchement normal.

*Grossesse actuelle.* — D. R. 24-30 août. H. U 20 centimètres.

Entre au dortoir le 6 avril. Rétinite albuminurique.

Albumine : 3 grammes. Purgatif. Régime lacté.

10 avril, 1 heure soir. — Douleurs violentes dans le ventre, céphalée, troubles de la vue plus accusés. Troubles respiratoires. Facies pâle, lèvres décolorées. P. = 98-104.

Utérus dur, ligneux. Etat général inquiétant.

10 h. 20 : Expulsion d'enfant mort, 1.280 grammes, suivi du placenta. Derrière le placenta : deux volumineux caillots de 155 grammes.

Suites de couches apyrétiques.

La femme quitte le service, n'ayant que des traces d'albumine.

880 de 1904. — *Albuminurie intense. — Hémorragie rétro-placentaire. — Accouchement prématuré. — Huitième mois.*

G. F..., trente ans, II-pare.

Entre le 11 juillet à 10 heures du matin.

D. R. : 15-20 novembre.

Premier accouchement prématuré spontané.

A l'arrivée, on constate qu'elle a perdu une grande quantité de sang. Elle perd encore. T. = 36°6. P. = 114.

Utérus tétanisé. Membranes tendues. Albumine en grande quantité. Eau-de-vie allemande. Lavement purgatif.

L'hémorragie s'arrête. P. = 100. Utérus dur.

12 juillet, 4 h. 50 matin. — Expulsion du fœtus : 1.620 grammes.

5 h. 5 : Placenta extrait, précédé d'un caillot. Cupule sur la face utérine. Pas d'infarctus. Membranes : 24/8.

*Suites normales.*

934 de 1904. — *Décollement prématuré et spontané du placenta. Hémorragie rétro-placentaire. — Neuvième mois.*

F. C..., quarante et un ans, X-pare. Entre le 21 juillet à 2 h. 30 soir.

D. R. : 22-25 octobre.

Trois premiers accouchements : normaux.

Quatrième accouchement : siège.

Cinq autres accouchements normaux.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : 22-25 octobre. A l'entrée, la femme apprend qu'à midi elle a eu une syncope et presque aussitôt une hémorragie abondante.

Abdomen tendu, empêchant le palper. Auscultation négative. Membranes tendues. T. = 36°6. P. = 120.

5 h. 30 soir : Accouchement. Le placenta est chassé immédiatement cinq minutes après, avec 450 grammes de caillots. Le placenta est *aplati* par les caillots.

Membranes : 38/8.

Suites de couches normales.

288 de 1905. — *Hémorragie rétro-placentaire. — Pouls : 144 à l'arrivée. — Quatrième mois.*

P. M..., trente ans, III-pare.

Première grossesse. — Avortement de cinq mois.

Deuxième grossesse. — Fœtus mort et macéré dans le cours du septième mois.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : 8-11 octobre.

23 février, 5 heures soir. — Douleurs abdominales continuelles.

24 février, 2 heures matin. — Ecoulement sanguin par la vulve, qui persiste malgré les injections très chaudes.

9 heures matin : l'hémorragie persiste. La femme est envoyée à l'hôpital.

2 heures soir : la femme arrive à la clinique Baudelocque. T. = 36°8. P. = 144. Ecoulement sanguin par la vulve. Femme pâle. Respiration difficile. Son ventre, dit-elle, a augmenté de volume depuis la veille. Utérus constamment tendu, douloureux. Au toucher : col dur et ferme. P. = 124. Sérum : 600 grammes.

Traces d'albumine dans les urines.

5 heures soir : 500 grammes de sérum. Ecoulement sanguin peu abondant. P. = 108, bien frappé.

7 heures soir : col perméable. Membranes tendues. P. oscille entre 100 et 108.

10 heures soir : rupture artificielle des membranes. P. = 124

11 heures soir : P. s'accélère = 132. Dilatation = 1 franc. Sérum : 500 grammes.

25 février, 1 heure matin. — Expulsion de fœtus mort, 350 grammes. Cinq minutes après expulsion du placenta, avec caillots et liquide noirâtre. Membranes : 24/1. Injection utérine.

Suites normales.

347 de 1905. — *Hémorragie rétro-placentaire. — Membranes : 34/3. — Pouls 104 à l'arrivée. — Huitième mois.*

F... Gilberte, vingt-neuf ans, V-pare.

Crises d'épilepsie au moment des règles. Ces crises ont cessé à partir du troisième mois de chaque grossesse pour reparaître après.

Premier et quatrième accouchements : normaux.

Deuxième et troisième grossesses. — Avortement au troisième et cinquième mois.

*Grossesse actuelle*. — D. R. : 7-12 juillet.

2 mars. — Hémorragie assez abondante. L'écoulement persiste peu abondant les 4 et 5 mars.

7 mars. — Entre à la clinique, vêtements souillés de sang. Muqueuses peu décolorées. P. = 104.

L'utérus est dur, ligneux, constamment tendu. Léger écoulement par la vulve. Albumine en grande quantité. Auscultation négative.

*Diagnostic*. — Hémorragie rétro-placentaire. Et aussitôt on rompt largement les membranes. Expulsion du fœtus, 1.980 gr., suivi du placenta, de nombreux caillots et d'un flot de sang liquide. P. = 108. Sérum : 300 grammes. Membranes : 34/3. L'utérus est bien rétracté, mais a tendance à se relâcher.

Deux heures après l'accouchement, la femme perd un peu. P. = 120. Injection vaginale chaude qui suffit à faire cesser l'écoulement.

Suites de couches apyrétiques ; l'albumine disparaît peu à peu.

1726 de 1907. — *Hémorragie rétro-placentaire. — Albuminurie légère. — Neuvième mois.*

D... Marie, vingt-quatre ans, I-pare.

D.R. : 20-24 février.

Pendant la grossesse : pas d'albumine.

Albumine au moment du travail. Cependant en octobre : œdème des jambes et éblouissements.

5 novembre, 4 heures matin. — Premières contractions utérines douloureuses et léger écoulement sanguin.

8 h. 30 matin : Entre à la clinique.

*Diagnostic*. — Hémorragie rétro-placentaire : P. = 112. TA. = 18.

11 h. 45 : Expulsion d'enfant mort.

Après la délivrance : P. = 72. = TA 15,5.

Placenta : cupule sur la face fœtale.

Foyers hémorragiques anciens et récents.

| | | | |
|---|---|---|---|
| 6 novembre.— | P. = 92 | TA. = 17 |
| 7 — | P. = 88 | TA. = 17 |
| 8 — | P. = 84 | TA. = 16 |
| 9 — | P. = 96 | TA. = 15,5 |
| 10 — | P. = 72 | TA. 15,5 |
| 11 — | P. = 72 | TA. = 13,5 |
| 12 — | P. = 68 | TA. = 15 |

## Ruptures utérines

### 1° Ruptures utérines avec hémorragie interne

146 de 1901. — *Procidence du cordon et du bras gauche. — Version interne. — Délivrance artificielle. — Rupture utérine. — Mort de la femme 3 h. 55 après l'accouchement.*

W. C..., vingt-quatre ans, ménagère, IV-pare.

Trois accouchements antérieurs normaux. Enfants vivants.

*Grossesse actuelle.* — D.R. : 24-27 avril. — H. U.= 34 centimètres.

Albuminurie au moment du travail et pendant la grossesse.

Entre à la salle de travail le 23 janvier à 5 heures soir.

*Examen.* — Tête mobile, dos à gauche ; enfant vivant.

Membranes intactes. Dilatation = 2 francs.

5 h. 35 : Dilatation complète. On rompt les membranes et on constate la procidence du cordon et du bras gauche.

Les tentatives de réduction restant infructueuses, M^lle^ Bargeron fait la version et extrait un garçon de 3.200 grammes.

La femme perd du sang (P. = 96). Délivrance artificielle.

Injection utérine à 50 degrés. L'hémorragie s'arrête. P. = 80.

6 h. 50 soir : Une heure après l'accouchement, douleurs au creux épigastrique, vomissements, sueurs froides. Utérus dur.

Ecoulement sanguin, léger, mais continu. P.= 88 à peine

perceptible. Il monte rapidement à 120, puis 140. Pommettes colorées, lèvres cyanosées et entourées d'un cercle blanc ; en présence de ces symptômes et de ce facies spécial, Mlle Roze pense à une rupture utérine. Au toucher : deux déchirures du col, limitées à l'orifice interne. Injection utérine à 50 degrés. Pouls devient filiforme, incomptable. 500 grammes de sérum, éther, caféine. L'état général s'aggrave de plus en plus. M. Pinard, appelé, reconnait une rupture utérine et déclare la laparotomie nécessaire. Sérum : 1.200 grammes.

On commence la chloroformisation, mais on la cesse aussitôt, car le pouls n'est plus perceptible.

La femme est à l'agonie et expire à 8 h. 45 soir.

757 de 1901. — *Albuminurie. —Présentation de l'épaule. — Procidence du cordon. — Ballon de Champetier. — Version interne. — Rupture utérine. — Mort.*

A. L..., trente-sept ans, V-pare.

*Accouchements antérieurs.* — Premier : avortement de deux mois ; deuxième : sommet spontané à terme, enfant mort ; troisième : sommet spontané à terme, enfant de 1.750 grammes ; quatrième : avortement de six semaines. Albuminurie intense à chaque grossesse.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : 27-30 juillet. H. U. 30 centimètres. 1 gr. 50 d'albumine.

La femme entre à la salle de travail le 1er mai à 7 heures du soir. Rupture des membranes. Procidence du cordon. Présentation de l'épaule. Version interne : le tronc est extrait sans difficulté, mais l'orifice utérin se resserre sur la tête qui est expulsée à 10 h. 15 pendant une contraction.

10 h. 20 : Expulsion spontanée du placenta. Pendan qu'on prépare l'injection intra-utérine, la femme se lève brusquement, accuse des étouffements ; faciès cyanosé. Nausées, sueurs abondantes, douleurs intenses dans les régions épigastrique et lombaire. P. = 120, bien frappé, la femme perd peu de sang. Linges chauds. Ether. Oxygène. L'état général s'améliore. On pense à des phénomènes nerveux, car après exploration du col, Mlle Roze ne constate qu'une légère déchi-

rure à gauche ne dépassait pas l'orifice interne et ayant une étendue de 1 centimètre à 1 cm. 1/2. Pas de matité dans l'abdomen. Utérus bien rétracté sur la ligne médiane. Aucun écoulement sanguin.

1 h. 30 matin : Dyspnée intense. Cyanose réapparaît. P. = 160 et a quelques intermittences.

2 h. 45 matin : Vomissements muqueux, puis bilieux. Sueurs abondantes. M. Paquy constate la présence, à droite, au niveau du rebord des fausses côtes, d'une zone d'emphysème sous-cutané. La malade a de la dyspnée. Paroles saccadées.

4 heures matin : la femme repose. Mais pouls petit à 120, 130, 140. Le ventre à l'examen ne présente rien d'anormal. Le globe utérin est normal. Au toucher : caillots dans le vagin. Légère déchirure du col à gauche, n'atteignant pas le cul de-sac. P. = 120, 130, 160. T. = 37°2.

3 mai, 1 heure soir. — Pouls incomptable, filiforme.

La femme meurt à 3 heures soir.

*Autopsie.* — Viscères abdominaux teintés de sang. Dans le Douglas sont collectés environ deux verres de sang. L'hémorragie est tout entière intra-péritonéale. Il existe une rupture complète de l'utérus siégeant sur la face postérieure du segment inférieur, près du bord gauche de l'organe. L'orifice de rupture semble avoir été fait à l'emporte-pièce.

1995 de 1901. — *Bassin rétréci. — Rupture prématurée des membranes. — Symphyséotomie. — Forceps. — Délivrance artificielle. — Durée du travail : 64 h. 15. — Rupture utérine. — Hystérectomie par M. Hartmann. Mort.*

D. F..., trente-six ans, IV-pare.

*Accouchements antérieurs.* — Premier : forceps ; deuxième : version céphalique ; troisième : spontané.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : 15-20 janvier. H. U. : 38 centimètres.

Entre à la salle de travail le 12 novembre à 5 heures soir après une rupture prématurée des membranes. Tête fixée au détroit supérieur en D. T.

14 novembre. — T. = 36°8. P. = 64.

10 heures matin : la tête est dans la fosse iliaque gauche, on la ramène au-dessus du détroit supérieur, et on l'y maintient.

Le soir : T. = 37°4. P. = 76.

15 novembre. — matin : P. = 90. T. = 37°7.

Symphyséotomie à 10 heures matin sur les conseils de M. Pinard.

3 heures soir : état général grave, pâleur, douleur spontanée de la fosse iliaque droite. Ventre souple. Utérus dur. Hémorragie externe : suintement de sang rouge continu, peu abondant. Dyspnée (38 respirations par minute). *Pouls irrégulier, petit, filant, 160-170.*

5 h. 1/2 : M. Couvelaire pratique le toucher manuel et trouve une déchirure du segment inférieur dans sa partie postéro-latérale. L'orifice de rupture peut laisser passer deux doigts. Sérum artificiel : 300 grammes.

9 heures soir : laparotomie par M. Hartmann.

Après la laparotomie : sérum : 500 grammes. Injection sous-cutanée d'éther.

16 novembre. — 500 grammes de sérum. Urines : 750 grammes, foncées.

17 novembre. — 1000 grammes de sérum en deux fois.

18 novembre. — 1000 grammes de sérum. Miction spontanée.

T. matin = 37°8.

T. soir — 37°6.

19 novembre. — 500 grammes de sérum. Agitation. P. = 152.

8 heures matin : P. = 160. Ventre ballonné. Facies péritonéal. T. matin = 37°2.

Midi : 500 grammes de sérum. P. 148.

2 heures : Délire. P. = 156.

Minuit : 500 grammes de sérum.

20 novembre. — 1.500 grammes de sérum en trois fois. T. = 37°7.

21 novembre. — T. 38°4. — 1000 grammes de sérum.

2 h. 20 : mort.

*Autopsie.* — Péritonite généralisée.

46 de 1904. —*Rupture de l'utérus pendant le travail. — Forceps. — Délivrance artificielle. — Hystérectomie par M. Potocki.*

C. E..., quarante-deux ans, IX-pare.

Huit accouchements antérieurs normaux.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : 30 mars-4 avril.

7 janvier, à 4 h. 40. — La dilation étant complète, la femme commence à pousser, la tête progresse, entr'ouvre la vulve. A partir de ce moment, se dessine sous la paroi abdominale, au niveau de l'hypogastre, une tumeur ayant la forme de la vessie distendue, remontant jusqu'à l'ombilic. Cathétérisme négatif. La tumeur grossit, elle est mollasse et fluctuante : en haut et à gauche profonde dépression ; plus haut, on sent les petits membres. La tumeur semble étrangère à l'utérus.

La femme se plaint de douleur dans le ventre.

L'utérus ne se contracte plus. P. = 130.

7 heures matin : Facies bon, douleur dans tout le ventre sans point particulièrement douloureux. P. = 140, régulier, bien frappé.

Palpation douloureuse. Dans les flancs droit et gauche zone de matité, au niveau de laquelle existe une certaine rénitence, et même du côté gauche, la sensation de flot. Entre ces deux zones mates et l'utérus il y a une bande sonore.

M. Pinard conseille d'extraire l'enfant et d'examiner après.

L'enfant est extrait avec difficulté, suivi d'une certaine quantité de sang noir et de caillots.

Délivrance artificielle : brèche à droite de l'utérus, le placenta est dans la cavité abdominale au milieu des anses intestinales. Il est extrait.

On fait à la femme 500 grammes de sérum et on prépare tout pour une laparotomie. P. =158..

Hystérectomie abdominale totale. La vessie est lésée.

Suites normales. La malade sort avec une incontinence d'urine.

### 2° Ruptures utérines avec hémorragies mixtes.

75 de 1904. — *Présentation de l'épaule. — Rupture utérine au cours du travail. — Hystérectomie par M. Potocki.*

E. B..., trente-quatre ans, III-pare.

Premier accouchement : normal.

Deuxième accouchement : siège.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : 10 mars.

La femme est admise au dortoir à cause de mobilité extrême du fœtus.

13 janvier, 7 heures matin. — Entre en travail.

Rupture des membranes pendant l'examen : liquide amniotique chocolaté. Fœtus mort et macéré.

8 heures soir : Dilatation complète. Présentation de l'épaule.

On prépare tout pour une embryotomie. Au moment ou on introduit la main dans le vagin, pour soulever l'épaule du fœtus, il s'écoule un flot de sang noir. Toute la main étant introduite dans le vagin, il semble possible de faire une version interne, étant donnée l'extrême mobilité du fœtus. Il s'écoule un mélange de sang noir et de sang rouge. On s'aperçoit alors qu'il s'agit de rupture utérine et cette rupture porte sur le segment inférieur du côté gauche. Le fœtus est laissé en place. P. = 88, faible.

La malade est agitée et se plaint du ventre qui est légèrement ballonné.

Le pouls s'accélère progressivement et à 1 h. 30 : P. = 120. R. = 55.

2 heures matin. : Laparotomie suivie d'hystérectomie abdominale totale.

Pendant l'opération, une artère au fond de la plaie saigne abondamment et il faut un certain temps avant de pouvoir arrêter l'hémorragie. Le pouls de la femme baisse considérablement, et après l'opération il est presque incomptable.

1.500 grammes de sérum artificiel.

Le pouls redescend alors à 108, bien frappé.

9 heures matin P. = 128 ; 500 grammes sérum artificiel.

Suites normales.

486 de 1904. — *Rupture spontanée de l'utérus. Mort de la femme 45 minutes après.*

B..., trente et un ans, IV-pare.

Trois accouchements antérieurs normaux.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : 1-6 juin.

Entre le 27 mars à midi.

28 mars. — Entre à la salle de travail, ayant perdu les eaux depuis la veille (4 heures matin).

3 heures soir : A la dilatation d'une petite paume, la femme fait des efforts expulsifs, on lui dit ne pas pousser.

3 h. 30 : Vomissements abondants, alimentaires, puis bilieux. Aucune douleur, aucun symptôme inquiétant.

3 h. 45. : Cyanose de la face, figure et bras entièrement violacés, la femme est glacée, pouls imperceptible. On soulève les draps : une grande quantité de sang noir inonde le lit : le sang continue à s'écouler du vagin par jets.

Toucher : excavation vide, la tête à fui à gauche ; en la suivant, la main pénètre dans un large orifice à gauche. On sent les anses intestinales. Le sang s'écoule de plus en plus fort.

Linges chauds. Ether. Caféine. Sérum : 1.000 grammes ; pouls imperceptible.

3 h. 50. — La femme et dans un état de plus en plus grave se plaignant seulement de douleurs dans les jambes. Elle succombe à 4 h. 30, avant qu'on ait pu pratiquer la laparotomie.

1169 de 1904. — *Embryotomie cervicale. Rupture utérine. — Mort.*

P. M..., trente-huit ans, X-pare.

Neuf grossesses antérieures : Huit se sont terminées à terme ; neuvième grossesse : huitième mois.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : 1er décembre.

Présentation de l'épaule. Enfant mort.

31 août. — Embryotomie cervicale à 6 h. 15 matin.

On extrait le corps, suivi d'un flot de sang noir et de caillots. Cet écoulement s'arrête aussitôt. La tête est extraite facilement, et de nouveau il s'écoule une grande quantité de sang noir et de caillots.

Toucher manuel : brèche au niveau du segment inférieur. Délivrance artificielle.

L'utérus se rétracte et l'hémorragie externe cesse.

*Pouls incomptable.* Sérum : 500 grammes. Ether. Caféine. Oxygène. Sensation d'étouffement. Tendances syncopales.

31 août. — Meurt à 8 heures matin.

174 de 1905. — *Rupture utérine au début du travail. Laparotomie. — Mort quatre jours après l'opération.*

T... Elise, trente-cinq ans, III-pare.

Curettage après le deuxième accouchement.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : 15 avril.

4 février, 6 heures soir. — Début du travail, rupture spontanée, prématurée des membranes.

A 10 heures : Nausées, vomissements. A la suite d'un violent effort pour vomir, douleur vive dans la partie droite du ventre. Il s'écoule par la vulve du sang rouge vif, en assez grande abondance.

Lipothymie. Le pouls est à 88. Le ventre a une forme particulière. Le fœtus est senti superficiel. Empâtement énorme à droite. Douleur de plus en plus violente de ce côté. Ecoulement de sang noirâtre.

Pouls oscille entre 88 et 92.

5 février. — Au moment de l'opération à minuit 45, le pouls est petit, imperceptble. Laparotomie et hystérectomie.

Après l'opération : injection de 1.000 grammes de sérum. P. = 110.

6 heures matin : 300 grammes de sérum. P. = 128.

Soir : T. = 37°3. P. = 124.

6 février. — 300 grammes de sérum. Matin : T. = 38°3. P. = 100. Soir : T. = 38°5. P. 104.

7 février. — Matin : T. = 39°2. P. = 116.

Soir : T. = 39° 2. P. = 116. Lavement. Morphine.

8 février. — La femme succombe à 8 heures matin.

*Autopsie.* — Mort par infection.

589 de 1905. — *Rupture utérine pendant le travail. — Hystérectomie abdominale totale. — Mort.*

R. L..., vingt ans, I-pare.

D. R. : 28 juin.-3 juillet.

17 avril : 4 heures matin. — Entre à la clinique ayant des douleurs depuis environ une heure.

2 heures soir : Rupture précoce des membranes. La tête d'aplomb au-dessus du détroit supérieur déborde le pubis.

6 h. 30 : Dilatation presque complète.

9 heures soir : Contractions subintrantes. A ce moment malaise : douleur vive dans la région ombilicale : sillon qui semble partager l'utérus en deux parties.

10 heures soir : Le sillon sur la paroi antérieure de l'utérus s'accuse de plus en plus. A ce niveau : crépitation. R. : 42. P. = 130. Facies légèrement altéré. Il ne s'écoule pas de sang. On diagnostique une rupture utérine.

10 h. 30. P. = 140. Régulier, bien frappé. Violentes douleurs dans le ventre qui est étalé et très sensible à la pression.

Au toucher on mobilise la tête, il s'écoule une petite quantité de sang noir.

Sérum : 500 grammes.

11 h. 40 : Intervention.

Après l'intervention : 1000 grammes de sérum.

*Suites opératoires.* — 19 avril, matin. — T. = 36° 8. P. = 112. R. = 48.

Soir : P. = 140, faible. R. = 50. Cyanose de la face.

20 avril. — Mort à 11 heures matin.

891 de 1905. — *Hydrocéphalie. — Rupture prématurée des membranes et mort de l'enfant pendant le travail. — Rupture complète de l'utérus. — Hystérectomie abdominale. — Guérison.*

F. J..., trente-quatre ans, III-pare.

Deux premiers accouchements normaux.

*Grossesse actuelle :*

12 juin. — La femme entre à 7 heures soir à la clinique perdant de l'eau.

14 juin, 10 heures matin. — Dilatation complète. Malgré les efforts. la tête ne descend pas, la femme perd du sang en abondance. Pouls qui était à 88 à 8 heures monte à 96.

10 h. 45. : La femme ne souffre plus, elle étouffe ; il s'écoule des organes génitaux du sang foncé. M. Mouchotte examine la femme et pense à une rupture utérine. Pouls un peu faible, oscillant entre 100 et 112.

Midi 50. : Gémissements continuels, agitation, dyspnée, ventre étalé, masse globuleuse régulière dans la fosse iliaque gauche remontant au-dessus de l'ombilic, parties fœtales très superficielles dans le flanc droit, écoulement sanguin peu abondant par la vulve. P. = 132. Urines sanglantes.

*Diagnostic.* — Rupture utérine.

2 heures soir : Laparotomie. Hystérectomie supra-vaginale.

*Suites opératoires :*

15 juin. — T. = 37°8. P. = 108.

16 juin. — T. = 37 degrés. Soir. T. = 38. P. = 96.

17 juin. — T. = 38°5. P. = 92.

18 juin. — T. = 37°6 et 38°3. P. = 92.

La température oscille entre 37°2, et 39 degrés du 23 au 28.

Le pouls demeure entre 88 et 92.

1697 de 1905. — *Rupture incomplète de l'utérus*
*Hystérectomie. — Mort.*

M. G..., trente-trois ans, IV-pare.

Entre à la salle de travail le 16 novembre matin.

Accouchements antérieurs : normaux.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : 3 février.

15 novembre, 11 heures matin. — Rupture spontanée des membranes.

9 heures soir : Jusqu'au lendemain matin 7 heures une

sage-femme et un médecin font de l'expression utérine énergique, en engageant la femme à pousser.

16 novembre, 8 heures matin. — La femme arrive à la clinique Baudelocque. T. = 38 degrés. P. = 104. Albumine : 2 grammes. Présentation du siège.

Midi 30 : Dilatation de 5 francs.

5 heures 15 : T. = 38°4. P. = 108, les contractions cessent.

6 heures : Femme pâle. Vomissements bilieux. Ventre légèrement météorisé. P. = 110.

On procède à l'extraction du siège. La tête ne peut être extraite.

Vomissements intenses. — Pâleur. P. = 130.

8 heures : L'état s'est subitement aggravé. Facies pâle. Météorisme plus accusé. Marbrures sur la paroi abdominale. P. = 140. Douleurs violentes dans le côté droit. La tête est extraite.

On perçoit de la crépitation sanguine au niveau de la fosse iliaque droite. On explore et constate une rupture du bord droit de l'utérus. On pénètre dans le ligament large droit.

Sérum : 500 grammes. Oxygène.

9 heures 45 : P. = 120, puis 140, 150. Vomissements verts.

Laparotomie. Hystérectomie supra-vaginale.

10 heures 45 : 500 grammes sérum. P. = 120-128.

17 novembre. — T. = 37 degrés. P. = 140. Léger météorisme abdominal.

28 novembre. — Etat grave. P. = 160, dépressible, petit. Hoquet. Météorisme abdominal. Ni gaz, ni selle.

Mort le soir à 8 heures.

Opposition à l'autopsie.

1807 de 1905. — *Rupture utérine* (*rupture de cicatrice de césarienne au cours du neuvième mois*). — *Hydramnios.* — *Opération de Porro par M. Couvelaire.* — *Guérison.* — *Bassin oblique ovalaire* (*Type Nœgelé*).

B..., III-pare.

Première grossesse : opération césarienne conservatrice pendant le travail.

Deuxième grossesse : avortement de deux mois et demi.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : 4-9 mars.

14 novembre. — La femme entre à la Clinique Baudelocque. Hydramnios qui va en s'accentuant.

6 décembre, 2 h. 30 du matin. — Réveil par violente douleur. Rapidement l'état général s'aggrave : douleurs continues, ventre hyperesthésié, tendances syncopales, pâleur, cyanose des lèvres et des extrémités, pouls s'accélérant et atteignant, au bout d'une heure, 140 pulsations.

4 heures : Laparotomie par le Dr Couvelaire : fœtus au milieu des anses intestinales ; large brèche sur la face antérieure de l'utérus. Caillots dans le petit bassin.

Sérum artificiel : 500 grammes.

Le quarante-quatrième jour, la femme quitte la Clinique en excellent état.

## Hémorragies par insertion basse du placenta pendant le travail.

### 1° Hémorragies arrêtées par la déchirure large des membranes.

88 de 1902. — *Hémorragies pendant le dernier mois de la grossesse. — Insertion basse du placenta. — Hémorragie pendant le travail. — Déchirure large des membranes.*

Voir : Observations d'hémorragies pendant la grossesse

918 de 1902. — *Insertion vicieuse du placenta. — Hémorragies répétées. — Hémorragies pendant le travail. — Pouls = 138. — Déchirure large des membranes.*

Voir : Observations d'hémorragies pendant la grossesse

1259 de 1902. — *Insertion vicieuse du placenta. — Hémorragies pendant la grossesse et le travail. — Déchirure large des membranes.*

Voir : Observations d'hémorragies pendant la grossesse.

51 de 1903. — *Insertion vicieuse du placenta. — Hémorragie du travail.*

R. I..., vingt et un an, II-pare.

Premier accouchement au huitième mois.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : 14-20 juin.

La femme arrive à la Clinique le 8 janvier à 2 h. 25 soir.

Utérus tétanisé. La femme perd du sang abondamment depuis une heure. P. = 124.

2 h. 30 : P. = 120. On rompt la poche des eaux.

Présentation du siège. Extraction.

Aussitôt après : P. = 114, l'utérus est contracté, l'hémorragie s'arrête. Dix minutes après : P. 104.

Délivrance : membranes : 28/0. Injection utérine. T. = 36°8. P. = 104.

Suites de couches normales.

96 de 1903. — *Insertion vicieuse du placenta. — Hémorragie du travail.*

D. F..., vingt ans, I-pare.

D. R. : 7-10 avril.

15 janvier, 2 heures du matin. — La femme entre en travail. Elle perd du sang en petite quantité, mais de façon constante. Le toucher démontre l'insertion du placenta sur le segment inférieur.

10 h. 1/2 du soir : P. = 100. Déchirure large des membranes.

16 janvier, 5 h. 1/2 du matin. — Accouchement.

Délivrance : membranes : 36/1.

Suites de couches normales.

306 de 1903. — *Insertion vicieuse du placenta. — Hémorragies pendant la grossesse et le travail. — Déchirure large des membranes.*

Voir : Observations d'hémorragies pendant la grossesse.

518 de 1903. — *Insertion vicieuse du placenta. — Hémorragie pendant la période de dilatation.*

M. A..., trente-neuf ans, V-pare.

Première grossesse : avortement de six semaines.

Deuxième, troisième et quatrième accouchements : normaux.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : début de juillet.

Entre à la salle de travail le 25 mars.

26 mars, 10 heures matin. — Dilatation d'une paume de main.

Membranes intactes, rugueuses. Hémorragie.

M. Pinard fait le diagnostic du placenta inséré sur le segment inférieur et rompt largement les membranes.

10 h. 30 : Accouchement.

Délivrance, vingt-cinq minutes après. Membranes : 29/4 P. = 88.

Suites de couches normales.

725 de 1903. — *Insertion vicieuse du placenta. — Hémorragie de la délivrance.*

C. J..., vingt-neuf ans, VII-pare.

Accouchements antérieurs : normaux.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : 21-27 juillet.

Cette femme est amenée le 30 avril à 10 heures matin, perdant du sang abondamment.

*A l'entrée*, examen : au toucher on sent une masse cotylédonnaire. Déchirure des membranes. Injection à 50 degrés. L'hémorragie cesse.

7 h. 50 soir : expulsion d'un garçon.

8 heures soir : P. = 108. Ecoulement de sang en grande quantité. Délivrance par expression française.

L'utérus est mou, la femme perd abondamment.

P. = 132. Injection à 50 degrés.

L'utérus se rétracte bien. P. = 120.

Membranes : 33/0.

Suites de couches normales.

888 de 1903. — *Insertion vicieuse du placenta.— Hémorragie du travail.*

V. L..., trente et un ans, IV-pare.

Deux accouchements antérieurs : normaux.

Troisième accouchement : Epaule. Version.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : 24-30 octobre.

Cette femme est amenée le 25 mai à 10 heures matin, perd du sang depuis 4 heures matin. P. = 104. T. = 37°1.

Injections vaginales chaudes, la femme ne perd plus.

6 heures soir : P. = 96 ; léger écoulement à chaque contraction. Au toucher on sent le placenta.

10 h. 35 soir : la femme perd un peu. P. = 104. On déchire les membranes, l'écoulement s'arrête.

Accouchement normal. Délivrance naturelle. Membranes : 28/0.

Suites de couches normales.

938 de 1903. — *Insertion vicieuse du placenta. — Hémorragie pendant la grossesse et le travail. — Déchirure large des membranes.*

Voir : Observations hémorragies pendant la grossesse.

950 de 1903. — *Insertion vicieuse du placenta. — Hémorragie pendant la grossesse et le travail. — Déchirure large des membranes.*

Voir : Observations hémorragies pendant la grossesse.

2120 de 1903. — *Insertion vicieuse du placenta. — Hémorragie pendant la grossesse et le travail. — Déchirure large des membranes.*

Voir : Observations hémorragies pendant la grossesse.

2146 de 1903.— *Insertion vicieuse du placenta. — Hémorragie du travail.*

B. L..., vingt et un ans, I-pare. D. R. : 14-16 mars.

Entre à la Clinique le 29 décembre à 9 heures soir, perdant du sang, et disant en perdre abondamment depuis deux heures. P. = 110. Injections chaudes, l'hémorragie s'arrête.

30 décembre, 6 heures matin. —Hémorragie. On déchire les membranes, l'écoulement cesse. P. = 92 à 7 heures matin.

7 h. 15 : Expulsion d'enfant vivant.

Délivrance : membranes : 34/0.

P. = 80.

Suites normales.

60 de 1904. — *Hémorragie par insertion vicieuse du placenta.*

P..., trente et un ans, IV-pare. Entre le 10 janvier à 9 heures soir.

Accouchements antérieurs : premier et troisième : normaux.

Deuxième grossesse : avortement de cinq mois et demi.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : 10 juin.

Contractions douloureuses dans la matinée du 10 janvier.

Vers 5 h. 30, à la suite d'un effort, la femme perd une grande quantité de sang.

9 heures soir. — La femme entre à la Clinique :

Perte de sang ; la femme ne semble pas anémiée. T. = 37°2. P. = 156, plein et régulier.

Rupture large des membranes. Injections chaudes.

Le pouls descend à 140-120-104.

4 janvier à midi. — Accouchement.

Délivrance normale. Membranes : 20/2.

Suites de couches apyrétiques.

159 de 1904. — *Insertion basse du placenta. — Hémorragies pendant la grossesse. — Rupture prématurée et spontanée des membranes. — Cessation de l'hémorragie.*

Voir : Observations hémorragies pendant la grossesse.

188 de 1904. — *Insertion vicieuse du placenta. — Hémorragies de la grossesse et du travail. — Déchirure large des membranes.*

Voir : Observations hémorragies de la grossesse.

624 de 1904. — *Insertion basse du placenta. — Hémorragies pendant la grossesse et le travail. — Déchirure large des membranes.*

Voir : Observations hémorragies pendant la grossesse.

1413 de 1904. — *Fibrome utérin. — Insertion basse du placenta. — Hémorragie du travail. — Suites de couches fébriles. — Curettage.*

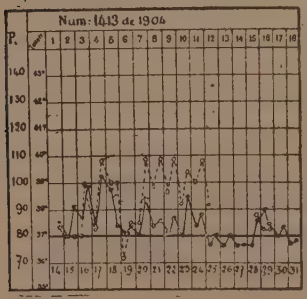
L. C..., quarante-deux ans, I-pare. Entre le 11 octobre à 6 heures du soir, perdant du sang. T. = 36°8. P. = 80.

D. R : 14-20 janvier. Au toucher, on arrive sur le bord du placenta, on rompt artificiellement les membranes.

12 octobre. — Le travail progresse lentement, le fœtus meurt.

13 octobre. — T. = 37°. P. = 84.

10 heures matin : basiotripsie.




Délivrance artificielle : on sent un fibrome.

*Suites de couches.* — Les 15, 16, 17. T. = 38°2, 38°8, 39°4.

Le soir : injection utérine.

18 octobre matin. T. = 38°8. P. = 100. Curettage. On ramène de nombreux débris.

Midi : frisson de quinze minutes.

T. = 37°6. P. = 100. Injection utérine.

20 et 23 octobre. — T = 38°2. P. = 104.

29 octobre. — T. = 38 P. = 84. Ensuite température normale.

La femme quitte le service le 6 novembre.

1651 de 1904. — *Insertion basse du placenta. — Hémorragies pendant la grossesse et le travail. — Déchirure large des membranes.*

Voir : Observations hémorragies pendant la grossesse.

752 de 1905. — *Insertion basse du placenta. — Hémorragies au cours du huitième mois. — Déchirure large des membranes. — Délivrance incomplète. — Hémorragie. — Extraction de cotylédons placentaires. — Suites de couches fébriles.*

Voir : Observations infection.

798 de 1905. — *Hémorragies par insertion basse du placenta. — Déchirure large des membranes.*

Voir : Observations hémorragies pendant la grossesse.

853 de 1905. — *Hémorragies pendant la grossesse et pendant le travail par insertion basse du placenta. — Déchirure large des membranes.*

Voir : Observations hémorragies pendant la grossesse.

866 de 1905. — *Insertion basse du placenta. — Hémorragies pendant la grossesse et le travail. — Déchirure large des membranes.*

Voir : Observations hémorragies pendant la grossesse.

1023 de 1905. — *Hémorragie pendant le travail. — Rupture large des membranes.*

Marie H..., trente-deux ans, II-pare.

Premier accouchement normal.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : ?

6 juillet. — Cette femme est amenée perdant du sang. P. = 110. T. = 37°7. Injection à 50 degrés. L'hémorragie s'arrête. Le pouls tombe à 90.

Pendant trois heures, le travail reste stationnaire, le pouls est à 88. Puis, écoulement de sang assez abondant ; on rompt largement les membranes. L'hémorragie cesse.

Aussitôt après l'accouchement, expulsion de 300 grammes de caillots.

Délivrance : membranes incomplètes.

Suites de couches apyrétiques.

1098 de 1905. — *Hémorragie pendant le travail. — Déchirure large des membranes avant la dilatation complète.*

Marie M..., trente-six ans, III-pare.

Deux accouchements antérieurs normaux.

*Grossesse actuelle.* — Pendant le travail, hémorragie soudaine. P = 92. Injection à 50 degrés, l'hémorragie s'arrête. Néanmoins on rompt largement les membranes.

Accouchement normal ainsi que la délivrance. Membranes : 29/4.

Suites de couches apyrétiques.

1535 de 1905. — *Insertion basse du placenta. — Enfant mort.*

Marie J..., vingt-quatre ans, II-pare.

Premier accouchement normal.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : 12-16 février.

16 octobre. — Perte de sang abondante. La femme entre à la Clinique Baudelocque et a une nouvelle hémorragie.

*Examen.* — Col perméable, laissant arriver sur le placenta dont le bord décollé obstrue l'orifice interne. Déchirure large des membranes. P. = 108. Injection vaginale à 50 degrés. L'hémorragie s'arrête.

Version : Extraction d'enfant mort. Délivrance artificielle. P. = 108. T. = 36.

*Suites de couches :*

Deuxième jour : P. = 120. T. = 37°8. P. = 128.

Troisième jour : P. = 104.

Quatrième jour : P. = 116. T. = 38°2.

Cinquième jour : P. = 104.

1643 de 1905. — *Insertion basse du placenta. — Hémorragies pendant la grossesse. — Déchirure large des membranes.*

Voir : Observations hémorragies pendant la grossesse.

1676 de 1905. — *Insertion basse du placenta. — Hémorragie au début du travail. — Déchirure large des membranes.*

Voir: Observations hémorragies pendant la grossesse.

867 de 1907. — *Insertion basse du placenta. — Hémorragies pendant la grossesse et le travail. — Déchirure large des membranes. — Suites de couches fébriles.*

Voir : observations hémorragies pendant la grossesse.

1214 de 1907. — *Insertion basse du placenta. — Hémorragies à la fin de la grossesse et pendant le travail. — Déchirure large des membranes.*

Voir : observations hémorragies de la grossesse.

1227 de 1907. — *Insertion basse du placenta. — Hémorragies de la grossesse, du travail et de la délivrance. — Déchirure large des membranes.— Suites de couches fébriles.*

Voir : observations infection.

**2° Hémorragies ayant persisté malgré la déchirure des membranes et ayant nécessité la pose d'un ballon de Champetier de Ribes.**

277 de 1901. — *Hémorragies de la grossesse et du travail par insertion basse du placenta. — Introduction d'un ballon de Champetier.*

Voir : observations hémorragies de la grossesse.

530 de 1901. — *Hémorragies de la grossesse et du travail, par insertion basse du placenta. — Introduction d'un ballon de Champetier.*

Voir : Observations hémorragies de la grossesse.

1067 de 1901. — *Hémorragies par insertion base du placenta. — Ballon de Champetier.*

G... Rose, vingt-deux ans, I-pare.

D. R. : 17-25 octobre.

21 juin matin. — La femme perd légèrement pendant deux heures.

7 heures matin. — Grosse hémorragie. La femme arrive à la Clinique Baudelocque, ses vêtements sont remplis de sang. P. = 100.

Injection à 48 degrés. L'hémorragie continue.

Au toucher : col long, perméable. On sent le placenta décollé à gauche.

Ballon de Champetier. L'écoulement continue. P. = 76-88-92.

Après la délivrance : P. = 76. Membranes : 28/0.

Suites de couches apyrétiques.

19 de 1902. — *Insertion vicieuse du placenta. — Hémorragies Accouchement prématuré au septième mois.*

H... Justine, vingt ans, I-pare.

D. R. : milieu de juin 1901. Elle arrive à la Clinique Baudelocque, perdant du sang, à 11 h. 1/2 soir, le 3 janvier.

*Examen.* — Vagin rempli de caillots. Col entr'ouvert. Segment inférieur épais. P. = 96. Injections chaudes.

A 2 heures du matin : le 4 janvier, nouvelle hémorragie. Injections chaudes. L'écoulement cesse.

5 heures matin : Dilatation de 5 francs. Hémorragie très abondante. On déchire largement les membranes.

Accouchement normal. Délivrance : Membranes : 19/0.

Suites de couches apyrétiques.

99 de 1902. — *Insertion vicieuse du placenta. — Hémorragie pendant le travail. — Ballon Champetier*

M... Adeline, trente et un ans, VI-pare.

*Accouchements antérieurs.* — Deux avortements de deux mois, trois présentations de l'épaule.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : 19-22 avril 1901. Rupture prématurée des membranes.

Au début du travail, la femme perd du sang. P. = 90. — Vagin rempli de caillots. Dilatation de 2 francs. Injection à 50 degrés. La femme continue à perdre mais un peu moins abondamment. On surveille le pouls qui ne dépasse pas 60.

Le lendemain la femme continue à perdre, le pouls est à 96. On introduit un ballon de Champetier. P. = 90.

Accouchement. Délivrance normale : Membranes : 35/0.
Suites de couches apyrétiques.

1610 de 1902. — *Insertion vicieuse du placenta. — Hémorragies pendant la grossesse et le travail. — Déchirure large des membranes. — Ballon de Champetier. — Suites de couches fébriles.*

Voir : Observations infection.

1160 de 1903. — *Insertion vicieuse du placenta. — Hémorragie. — Ballon de Champetier. — Version.*

M. C..., trente ans, III-pare.

Entre le 11 juillet à 8 h. 30 soir.

D. R. : 4-8 octobre. H U. = 33.

La femme a perdu les eaux le 8 juillet. On sent la tête dans la fosse iliaque. La femme perd du sang. Injection à 50 degrés. L'hémorragie ne s'arrête pas.

Au toucher : le placenta recouvre complètement l'orifice utérin. P. = 96 puis 100.

Ballon de Champetier (450 gr.).

L'hémorragie s'arrête. Syncopes. Ether.500 grammes sérum.

9 h. 30 : *Extraction d'un enfant mort.*

*Délivrance artificielle.* — Membranes : 30/0.

Injection à 50 degrés. L'hémorragie cesse. P. = 84.

Suites normales.

1428 de 1903. — *Insertion vicieuse du placenta. — Hémorragies pendant la grossesse et le travail. — Ballon de Champetier.*

Voir : Observations hémorragies de la grossesse.

2052 de 1903. — *Insertion vicieuse du placenta. — Hémorragies. — Ballon Champetier. — Délivrance artificielle. — Mort.*

P. M..., trente-quatre ans, 1-pare.

D. R. : début de mars.

11 décembre. — Cette femme entre parce qu'elle perd du sang.

Au toucher : on sent à travers le col, un cotylédon placentaire. La femme perd abondamment. On déchire les membranes. Injection à 50 degrés, le sang continue à suinter, la femme est pâle. Le pouls est au-dessus de 100.

9 h. 30 : Ballon de Champetier. L'hémorragie s'arrête. 500 grammes sérum artificiel.

3 h. 30 P. = 120
7 h. 30 P. = 100
8 h. 30 P. = 112
9 h. 30 P. = 120
10 h. P. = 118
10 h. 15 P. = 120
11 h. P. = 144
11 h. 30 P. = 168

Minuit P. = 172. La respiration s'accélère, la femme devient de plus en plus pâle.

12 décembre, 1 heure matin. — Extraction du ballon, suivie de caillots et application de forceps. Délivrance artificielle. Membranes : 35/0. Injection utérine à 50 degrés.

Après l'intervention : pouls incomptable. Etat grave. Sérum artificiel : 1.000 grammes. Oxygène. Ether.

1 h. 1/2 : P. = 160. 500 grammes de sérum.

2 heures : P. = 140. Respirations moins fréquentes.

3 heures : P. = 160. Le pouls devient filiforme. Sueurs abondantes. Ballonnement de l'abdomen. La femme succombe.

*Autopsie.* — Pas de lésions microscopiques.

903 de 1905. — *Insertion basse du placenta.* — *Hémorragie pendant le travail (950 gr. de caillots recueillis).* — *Déchirure large des membranes.* — *Ballon de Champetier.*

R... Mathilde, vingt-neuf ans, IV-pare.

Deux premiers accouchements normaux.

Troisième accouchement prématuré.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : 16-15 septembre.

Jusqu'au 15 juin : présentation transversale.

15 juin, 6 heures soir. — Contractions utérines douloureuses, en même temps léger écoulement cessant sous l'influence d'une injection chaude. P. = 84.

11 h. 15 : Hémorragie considérable. Le pouls s'accélère et monte à 128. La femme est très pâle.

*Examen.* — Col long, perméable, permet d'arriver sur les cotylédons placentaires. Les membranes sont rompues largement et, comme l'hémorragie ne s'arrête pas, on met un ballon de Champetier (400 gr.). L'hémorragie s'arrête complètement et le pouls revient lentement à 88.

16 juin, 3 heures matin. — Le ballon est expulsé, derrière lui s'écoulent du sang liquide et 300 grammes de caillots. Le pouls s'accélère de nouveau et atteint 110. État général inquiétant. Pas de contractions. Tête très élevée. On décide alors de vider l'utérus le plus rapidement possible. Le placenta est dans le vagin et est bientôt expulsé ; l'enfant est expulsé par version interne.

Injection utérine à 50 degrés. Sérum : 500 grammes.

La femme ne perd plus ; le pouls redescend à 90.

Suites de couches apyrétiques.

904 de 1905. — *Insertion vicieuse du placenta. — Hémorragies pendant la grossesse. — Hémorragie grave pendant le travail. — Rupture artificielle des membranes. — Ballon. — Curettage. — Péritonite. — Mort le trentième jour.*

Voir : Observations infection.

999 de 1905. — *Insertion basse du Placenta. — Hémorragies pendant la grossesse. — Hémorragie grave au début du travail. — Déchirure large des membranes. — Ballon. — Délivrance artificielle.*

Voir: Observations hémorragies pendant la grossesse.

1203 de 1905. — *Insertion basse du placenta. — Hémorragies pendant la grossesse et le travail. — Ballon. — Suites de couches fébriles.*

Voir : Observations infection.

1477 de 1905. — *Insertion basse du placenta. — Hémorragies pendant la grossesse et le travail. — Déchirure large des membranes. — Ballon. — Curettage.*

Voir : Observations infection.

108 de 1908. — *Insertion basse du placenta. — Hémorragies pendant la grossesse et au début du travail. — Déchirure large des membranes. — Ballon.*

Voir : Observations hémorragies pendant la grossesse.

## Troubles cardiaques pendant le travail.

1015 de 1906. — *Cardiaque ayant présenté des accidents d'asystolie pendant la période d'expulsion. — Application de forceps. — Enfant vivant.*

L... Henriette, vingt-trois ans, I-paro.

Paralysie infantile à trois ans.

A dix-huit ans, commence à souffrir de dyspnée d'effort. Pneumonie à vingt ans.

*Grossesse actuelle.* — Au quatrième mois, congestion pulmonaire. Hémoptysies. Elle fut soignée pendant quinze jours à Andral, parce qu'elle présentait de la dyspnée et de la tachycardie. Le tout cède sous l'action des ventouses.

Ses dernières règles datent du 16-20 août 1905. Elle entre au dortoir de la clinique le 21 mai 1906 et on constate l'existence d'une insuffisance mitrale.

12 juin, 6 heures soir. — Début du travail. Le travail marche régulièrement.

13 juin, 5 heures matin. — La dilatation est de 5 francs ; à ce moment la poche des eaux se rompt spontanément.

1 heure soir : La dilatation est complète. Les contractions utérines sont subintrantes, et la partie fœtale progresse lentement.

2 h. 30 : Des accidents d'asystolie se produisent. La femme

est dyspnéique et angoissée, les extrémités sont violacées. Le pouls, affolé, bat entre 140 et 160 fois à la minute. La respiration est entrecoupée et très rapide.

Application de forceps.

Pendant l'extraction, il faut laisser la femme demi-assise: Oxygène. Piqûres d'éther et de caféine.

Cinq minutes après l'extraction, le placenta est décollé et extrait par traction et expression.

Aussitôt après la délivrance, la femme s'endort d'un sommeil profond. Le pouls redevient régulier à 120.

L'état général est mauvais. Dyspnée intense. Ether et caféine.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 14 juin, matin. | — T. = 39,6 | P. = 132 | | |
| soir. | — T. = 36,4 | P. = 128 | huile camphrée. |
| 15 juin, matin. | — T. = 38,8 | P. = 128 | |
| soir. | — T. = 39,8 | P. = 140 | crises de dyspnée. |
| 16 juin, matin. | — T. = 39,6 | P. = 120 | |
| soir. | — T. = 38,2 | P. = 104 | |
| 17 juin, matin. | — T. = 37,2 | P. = 104 | |
| soir. | — T. = 37,8 | P. = 108 | |
| 18 juin, matin. | — T. = 36,8 | P. = 96 | |
| soir. | — T. = 37,2 | P. = 96 | |

Le pouls et la température sont ensuite normaux.

65 de 1908. — *Cypho-scoliose. — Asystolie pendant la période d'expulsion. — Forceps. — Albuminurie.*

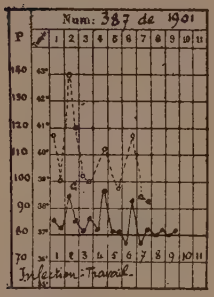
Voir : Observations albuminurie sans hypertension.

## Travail prolongé et infection pendant le travail.

387 de 1901. — *Accidents fébriles. — Rupture prématurée des membranes. — Fétidité. — Curettage le deuxième jour.*

D... Juliette, couturière, quarante-deux ans, VI-pare.

*Accouchements antérieurs.* — Quatre premiers à terme. Cinquième : avortement.




*Grossesse actuelle.* — D.R. : 12-18 août.

Femme chez laquelle les membranes se rompent prématurément le 28 février à 3 heures matin P. = 120. T. = 37°4

4 heures soir : Le liquide est fétide, le pouls à 140. T. = 38°4. — Introduction d'un ballon de Champetier.

1er mars, à 1 heure matin. — Extraction d'un enfant pesant 1.260 grammes.

Délivrance 5 minutes après l'accouchement. T. = 37°5. P. = 104.

2 heures matin : Frisson. T. = 38°5. P. = 128.

Le deuxième jour après l'accouchement. P. = 140. T. = 38°6.

Frissons répétés. Curettage après lequel la température se maintient à 38°6. P. = 112.

Cinquième jour P. = 96 T. = 37

Sixième jour P. = 116 T. = 38°6

Le pouls et la température deviennent normaux.

1403 de 1901. — *Hémorragie pendant la grossesse. — Frisson au début du travail (T. = 39 degrés. P. = 140). — Expulsion spontanée d'un fœtus mort et non macéré, de six mois et demi environ. — Septicémie. — Irrigation continue. — Mort le treizième jour.*

Voir : Observations infection.

210 de 1902. — *Travail prolongé : 99 h. 30. P. = 120.*

V..., Gabrielle, vingt ans, 1-pare.

Début du travail, 5 février à 4 heures matin.

7 février à 7 heures matin. — P. = 120.

9 février à 7 h. 30 matin. — Accouchement.

Après la délivrance : P. = 104. T. = 36,5.
Suites de couches apyrétiques.

1389 de 1902. — *Femme entrée à la clinique en période d'expulsion (T. = 36. P. = 104). — Phénomènes de péritonite une heure après l'accouchement. — Laparotomie et Hystérectomie immédiate. — Mort.*
Voir : Observations infection.

1944 de 1902. — *Rupture prématurée des membranes trois jours avant l'accouchement. — Lenteur de la période de dilatation. — Expulsion d'un fœtus mort pendant le travail. — Fétidité. — Irrigation continue.*
Voir : Observations d'infection.

1709 de 1903. — *Rupture prématurée des membranes. — Frissons avant l'entrée (T. = 37°9. P. = 120). — Accouchement spontané. — Septicémie. — Mort.*
Voir : Observations infection.

743 de 1904. — *Travail prolongé (soixante-seize heures). — Après la délivrance (T. = 39°5. P. = 124). — Infection. — Mort.*
Voir : Observations infection.

1177 de 1905. — *Rupture prématurée des membranes. — Infection avant l'entrée dans le service (T. 37° 4. — P. = 108.). — Septicémie puerpùrale.*
Voir : Observations Infection.

1256 de 1905. — *Insertion basse du placenta. — Accouchement prématuré au sixième mois. — Rupture prématurée des membranes soixante-douze heures avant le début du travail. — Température rectale avant l'accouchement = 39° 1. P. = 120. — Après l'accouchement : T. = 37°5. P. = 112.*
Voir : Hémorragies par insertion basse du placenta pendant la grossesse.

1375 de 1905. — *Bassin rétréci. — Rupture prématurée des membranes cinquante-quatre heures avant l'accouchement. — Enfant mort. — Début de physométrie. — Basiotripsie par M. Mouchotte. — Curettage. — Durée du travail : soixante-dix-sept heures.*

B. P..., vingt-six ans, I-pare. Entre à la Clinique le 10 septembre, à 11 heures du soir.

D. R. : 3-7 décembre.

Début du travail le 10 septembre, à 6 heures du matin. Les membranes s'étaient rompues une heure avant.

A l'entrée : H. U. = 35 centimètres. Présentation de l'extrémité céphalique, dos à droite. Enfant vivant. T. = 38 degrés. P. = 108.

11 septembre, 10 h. 30 matin. — Liquide amniotique vert et très fétide. T. = 38 degrés. P. = 128. Dilatation stationnaire. La vessie ne peut être évacuée et forme une tumeur énorme qui empêche de pratiquer le palper mensurateur. Douleurs peu fréquentes, surtout rénales. Bains d'une heure.

3 heures soir : Même dilatation. Enfant vivant. T. = 38°3. P. = 128. 30 centimètres cubes de sérum antistreptococcique Nouveau bain d'une heure et injections chaudes toutes les deux heures (Aniodol et bi-iodure mercure).

12 septembre, 4 h. 45 matin. — Dilatation d'une petite paume de main. Liquide vert purée extrêmement fétide. Bruits du cœur sourds et irréguliers. L'orifice utérin est induré. Une grosse bosse séro-sanguine descendant dans l'excavation rend le toucher infructueux. La tête déborde toujours le détroit supérieur, mais on ne peut exactement se rendre compte des rapports de ses dimensions avec celles du détroit supérieur, la vessie étant considérablement distendue et le cathétérisme toujours impossible. T. = 38°5. P. = 116.

13 septembre, 8 heures matin. — T. = 38°5. P. = 128.

9 heures matin : Mêmes constatations que la veille. La partie supérieure de l'utérus devient sonore à la percussion. De la physométrie se manifeste. Contractions irrégulières et faibles. Bruits du cœur modifiés. Injections à l'aniodol presque conti-

nues, car le liquide verdâtre qui s'écoule des voies génitales est infect.

10 h. 45 matin : Les bruits du cœur ont disparu. La dilatation est demeurée la même. La femme a des vomissements bilieux. P. = 128.

11 heures : Basiotripsie sous chloroforme par M. Mouchotte. La tête sortie des organes génitaux reste appliquée contre la vulve et des tractions énergiques ne peuvent parvenir à extraire le fœtus. Le bras postérieur ne peut être extrait qu'en pratiquant la manœuvre de Ribemont.

Le bras postérieur sorti, l'épaule antérieure reste accrochée au-dessus du pubis. M. Mouchotte, à l'aide du bras extrait et de tractions sur le cou, tranforme cette épaule en postérieure, puis abaisse le bras correspondant. Le reste du tronc sort facilement. L'enfant, un garçon, pèse 2.500 grammes sans substance cérébrale.

M^lle Roze pratique la délivrance artificielle. Les membranes restent en totalité dans l'utérus. Injection utérine prolongée au bi-iodure. Le bord droit du vagin déchiré est suturé par un surjet au catgut. Mèche vaginale de gaz iodoformée. Sérum antistreptococcique : 60 centimètres cubes.

1 h. 30 soir : Sérum salin : 500 grammes, T. = 37°6. P. = 128.

14 septembre, matin. — T. = 36°4. P. = 104. La malade urine par regorgement. Cathétérisme. Les dernières gouttes d'urine renferment de petits débris sphacélés. Injection vaginale à l'eau oxygénée. Une nouvelle mèche vaginale iodoformée est placée. Sérum antistreptococcique : 40 centimètres cubes. Sérum salin : 500 grammes. T. soir : = 36°8. P. = 100.

15 septembre. — T. matin = 36°6. P. = 100. Sérum antistreptococcique : 40 centimètres cubes. Sérum : 500 grammes. Cathétérisme. Ablation de la mèche iodoformée. Injection vaginale à l'aniodol. T. soir = 38°2. P. = 136. Injection utérine à l'eau oxygénée. Lochies fétides. Quelques débris membraneux.

16 septembre. — T. matin 37°. P. = 116. Sérum antistreptococcique : 40 centimètres cubes. Sérum : 500 grammes. Injections vaginales à l'eau oxygénée. Cathétérisme. T. soir = 37°6.

P. = 128. Injection utérine à l'eau oxygénée. Débris membraneux.

17 septembre. — T. matin 36°8. P. = 100. Sérum antistreptococcique : 40 centimètres cubes. T. soir = 37 degrés. P. = 116. Trois injections vaginales à l'eau oxygénée.

18 septembre. — T. matin = 36°4. P. = 100. Trois injections vaginales à l'eau oxygénée. T. soir = 37°8. P. = 120.

19 septembre. — T. matin = 39°6. P. = 126. M. Mouchotte pratique un curettage. La curette ramène quantité de fragments membraneux. Sérum antistreptococcique : 40 centimètres cubes. Sérum salin : 500 grammes. Mèche utérine de gaze stérilisée. T. soir = 38°2. P. = 134.

20 septembre. — Ablation de la mèche utérine. Injection intra-utérine à l'eau oxygénée. Eschares vulvaires touchées à l'iode.

21 septembre et jours suivants. — Injections vaginales. Température normale. Pouls oscille entre 90 et 120.

La femme quitte le service le 5 octobre, malgré les observations.

1184 de 1907. — *Travail prolongé (quatre-vingts heures).* — *Œdème du col et du segment inférieur.* — *Opération de Porro*

R... Anna, journalière, trente et un ans, II-pare.

D. R. : 5- 10octobre.

17 juillet. — P. = 84 TA. = 15,5
18 — P. = 76 TA. = 15
19 — P. = 80 TA. = 15
20 — P. = 76 TA. = 15
21 — P. = 80 TA. = 16
22 — P. = 80 TA. = 15
23 — P. = 84 TA. = 14
24 — P. = 84 TA. = 15
25 — **Début du travail à 1 heure du matin.** P. = 88. TA. = 17
26 — T. = 37°8 P. = 88 TA. = 18
27 — T. = 37° P. = 80 TA. = 17
Soir T = 37°2 P. = 100 TA. = 16
28 — P. = 120 TA. = 16,5

1 heure du soir : P. = 120. Etat général mauvais.
Col œdématié. Segment inférieur œdématié.
Opération de Porro par M. Couvelaire.

28 — P. = 100 TA. = 14
3 — P. = 92 TA. = 15
31 — P. = 104 TA. = 15
1er août. — P. = 96 TA. = 15 T. = 38°4
2 — P. = 92 TA. = 15

Ensuite le pouls et la température sont normaux.

1255 de 1907. — *Travail prolongé, vingt-cinq heures. Hémorragies de la délivrance.*

Voir : Hémorragies de la délivrance.

1336 de 1907. — *Bassin étroit. — Lenteur de la période de dilatation, quatre-vingt-quatorze heures.*

D... Fernande, vingt-deux ans, I-pare.
D. R. : 19-22 novembre.
Accouchement.
Premières contractions utérines douloureuses le 19 août à 10 heures du soir.
Entre à la Clinique le 21 août : T. = 37. P. = 108. TA. = 16,5.
22 août, 7 heures du soir. — P. = 104. T. = 37°4 TA. = 15
23 — 9 — matin. — P. = 96. T. = 36°9 TA. = 14
Forceps le 23 août, à 8 h. 30 du soir.
Délivrance : trente minutes après. P. = 100.
24 août. — P. = 100 TA. = 13
25 — P. = 72 TA. = 13
26 — P. = 80 TA. = 13,5
27 — P. = 84 TA. = 13,5
28 — P. = 80 TA. = 14

1788 de 1907. — *Enfant mort au début du travail. — Extrait en voie de macération. — Lenteur de la période d'expulsion. — Extraction du fœtus. — P. = 108. T. = 38. — Délivrance artificielle.*

G... Marie, trente-trois ans, II-pare.

Première grossesse. Avortement au cours du troisième mois.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : 13-15 janvier.

Pendant la grossesse : albumine.

Entre à la salle de travail le 14 novembre à 1 heure du soir.

Les bruits du cœur qui avaient été perçus la veille ne sont plus entendus.

15 novembre, à 2 h. 45 du matin. — Rupture spontanée des membranes : liquide vert purée.

Dans la journée : contractions espacées.

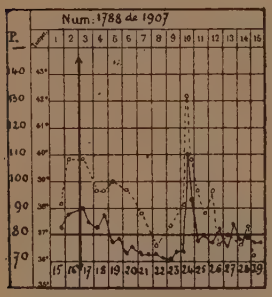
7 heures soir : P. = 92. T. = 37°4.

16 novembre, à 7 h. 30. — Dilatation complète.

8 heures : P. = 108. T. = 38.

10 heures du matin : La tête appuie sur le périnée, résistant, et semble incapable de le distendre et de franchir l'anneau vulvaire, malgré les efforts expulsifs énergiques de la femme.

10 h. 30 du matin : Epistaxis. Etant donné l'apparition de ce signe en rapport avec l'effort d'une part, l'existence d'autre part d'une élévation du pouls et de la température, on décide d'extraire le fœtus.




Délivrance artificielle immédiate (la maincoiffée des membranes). Injection intra-utérine prolongée. Membranes : 35/5. Cordon inséré à 4 centimètres du bord inférieur.

17 novembre : T. = 38°1. P. = 108.

Soir : T. = 37°6. P. = 104.

18 novembre, matin. — T. = 37°6. P. = 96.

Soir : T. = 37°8. P. = 96.

19 novembre, matin. — T. = 36°8. P. = 100.

Soir : T. = 36°8. P. = 88.

Ensuite pouls et température normaux jusqu'au 24 novembre :

Midi : frisson d'une demi-heure. Aussitôt après : T. = 40. P. = 132.

Soir : T. = 38°4. P. = 108. La femme était constipée. Purgatif. Evacuation abondante.

25 novembre : T. = 36°8. P. = 96.

T. = 37 degrés. P. = 88.

Ensuite pouls et température normaux.

La femme quitte le service le 30 novembre.

1962 de 1907.— *Rupture des membranes au début du travail. — Dilatation stationnaire.— Mort du fœtus pendant le travail. — Frisson. T. = 40 P. = 140. — Physométrie. — Craniotomie par le Dr Lacasse. — Extraction du fœtus. — Délivrance artificielle.*

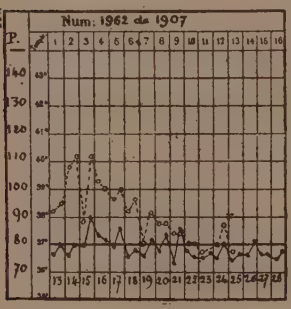
X..., vingt-huit ans. I-pare.

D. R. : 23-25 février.

11 décembre, midi. — Premières contractions douloureuses. Rupture des membranes. Liquide vert.

A l'entrée à la salle de travail : H U = 38 centimètres. OIGT. Contractions peu fréquentes.

*Minuit.* — On n'entend plus les bruits du cœur.




12 décembre, 8 heures matin. — Même date. T. = 37°2. P. = 96. Sérum A.

2 heures soir : Frisson. T. = 40 degrés. P. = 120. H U = 41. La femme est isolée.

3 heures soir : P. = 140. Fétidité de l'œuf. H U = 44. Sonorité à la percussion du fond de l'utérus. Pas de contractions depuis midi.

5 heures soir : Craniotomie. Délivrance artificielle. Injection intra-utérine.

15 décembre. — Injection utérine, l'eau de l'injection revient sale.

La femme quitte le service le 29 décembre.

## Hémorragies de la délivrance

### 1° Hémorragies internes

1005 de 1902. — *Hémorragie de la délivrance. Délivrance artificielle.*

M... Marie, vingt-quatre ans, I-pare.

Accouchement normal. Trente minutes après, le placenta n'est pas décollé. La femme ne perd pas, le pouls n'est pas fréquent.

Une heure après : P.= 110. Délivrance artificielle. P.= 120, puis descend à 90.

Membranes déchirées et retenues en partie.

*Suites de couches* :

| | | |
|---|---|---|
| Premier jour, matin | P. = 120 | T. = 38,2 |
| soir | P. = 120 | T. = 38,1 |
| Deuxième jour, matin | — | T. = 37,3 |
| soir | — | T. = 37,6 |
| Troisième jour, matin | — | T. = 37,6 |
| soir | P. = 112 | T. = 38 |
| Quatrième jour, matin | — | T. = 37,6 |
| soir | P. = 108 | T: = 38 |

Injection intra-utérine.

Suites normales. 37 degrés.

134 de 1903. — *Hémorragie de la délivrance.*

J... Eugénie, vingt-cinq ans, I-pare.

Accouchement normal. Aussitôt après, le fond de l'utérus est à 17 centimètres au-dessus de la symphyse, puis il se maintient entre 21 et 22 pendant la première demi-heure. P. = 88-92. Trois quarts d'heure après : P. = 96. H U. = 22.

Une heure et demie après : P. = 108. H U. = 26.

Délivrance artificielle.

Injection intra-utérine à 50 degrés. P. = 96.

Suites de couches apyrétiques.

346 de 1903. — *Hémorragie de la délivrance. Délivrance artificielle.*

B... Marie, trente-trois ans, VI-pare.

*Grossesses antérieures.* — Première, deuxième, quatrième, cinquième à terme ; troisième à huit mois.

*Grossesse actuelle.* — Accouchement normal ; trente minutes après, le fond de l'utérus qui était à 19 centimètres au-dessus du pubis, monte à 22. P. = 116.

Délivrance artificielle. Pouls descend à 100.

Suites de couches apyrétiques.

206 de 1904. — *Hémorragie de la délivrance.*

F... Eugénie, vingt-neuf ans, I-pare.

Accouchement normal.

Après l'accouchement, le pouls monte à 90, 100, 108.

Délivrance artificielle. Injection à 50 degrés. Pouls tombe à 100 puis 96.

Suites de couches apyrétiques.

448 de 1904. — *Albuminurie. — Hémorragie de la délivrance.*

E... Suzanne, trente et un ans, II-pare.

Première grossesse : Avortement de deux mois.

*Grossesse actuelle :*

Albumine dans les urines.

Accouchement normal.

Quinze minutes après. P. = 100.

Trente — — Expulsion de caillots. P. = 128.

L'utérus continue à monter.

Cinquante-cinq minutes après : Délivrance artificielle.

Injection utérine à 50 degrés. P. = 104.

Suites normales.

427 de 1905. — *Hémorragie pendant la délivrance. Délivrance artificielle.*

F... Marie, vingt-cinq ans, ménagère, III-pare.

*Grossesses antérieures :*

Premier accouchement au huitième mois.

Deuxième grossesse : avortement au deuxième mois.

*Grossesse actuelle :* D. R. : ?

L'accouchement se passe normalement, après un travail d'une durée de quatre heures quarante-cinq.

Après l'accouchement, l'utérus remonte à 14 centimètres au-dessus du pubis ; une demi-heure après, il remonte à 20 centimètres. Le pouls s'accélère (P. = 136).

Le placenta n'est pas décollé. Délivrance artificielle. Injection intra-utérine à 50 degrés. Pouls redescend à 104.

Suites de couches apyrétiques.

482 de 1905. — *Hémorragies pendant la grossesse P. = 60*
*Délivrance artificielle pour hémorragie de la délivrance.*

V... Marthe, vingt-neuf ans, ménagère, I-pare.

D. R. : 1-4 juillet.

Pertes de sang en novembre et le 26 février : peu abondantes. (Injections chaudes et repos absolu.) Nouvelle perte de sang le 30 mars, pendant une demi-heure. Injections chaudes. P. = 60.

1er avril. — Accouchement normal.

Aussitôt après. P. = 88 : trente minutes après, P. = 96.

L'utérus s'est élevé de 5 centimètres. Le placenta est en partie décollé. Délivrance artificielle.

Placenta adhérent à la partie inférieure.

Injection utérine à 50 degrés. Le pouls redescend à 88.

Suites de couches apyrétiques.

581 de 1905. — *Hémorragie de la délivrance.*
*Délivrance artificielle.*

H... Eugénie, vingt-sept ans, I-pare.

Accouchement normal. Le pouls oscille entre 75 et 80.

Deux heures après, le fond de l'utérus est à 24 centimètres au-dessus du pubis. P. = 100.

Délivrance artificielle. Pouls redescend à 80, six heures après.

Suites de couches apyrétiques.

1124 de 1907. — *Hémorragie de la délivrance.*
*Délivrance artificielle.*

M... Maria, vingt-sept ans, II-pare.
Première grossesse : avortement au troisième mois.
*Grossesse actuelle.* — D. R. : 1-5 octobre.
17 juillet, 11 h. 45 matin.—Accouchement normal. H. U. = 16.
12 h. 20. P. = 112. HU. = 25.
Délivrance artificielle. Injection utérine.
Après : P. = 104.
Suites de couches apyrétiques.
Pouls oscille entre 80 et 108.

### 2° Hémorragies mixtes et externes

668 de 1901. — *Hémorragie de la délivrance.*
*Délivrance artificielle.*

R... Joséphine, vingt-cinq ans, III-pare.
Accouchement normal.
Trente-cinq minutes après l'accouchement, l'utérus est toujours à 25 centimètres au-dessus de la symphyse. P. = 108. Perte de sang assez abondante, le placenta est adhérent. Délivrance artificielle. Injection intra-utérine à 50 degrés.
Deux heures après : P. = 100, bien frappé, la femme ne perd plus.
Suites de couches apyrétiques.

805 de 1901. — *Hémorragie de la délivrance.*
*Délivrance artificielle.*

D... Alice, vingt-deux ans, I-pare.
Léger nuage d'*albumine* au moment de l'accouchement.
Une demi-heure après l'expulsion du fœtus, l'utérus mesure 20 centimètres (le fond est à 20 centimètres au-dessus du pubis depuis quinze minutes). La femme perd, le pouls est à 100 puis 110.

Délivrance artificielle : Le placenta est adhérent dans la corne gauche.

Dix minutes après la délivrance : P. = 92, puis 88.

Suites de couches apyrétiques.

869 de 1901. — *Hémorragie de la délivrance. — Délivrance artificielle. — Injection à 50 degrés.*

B... Claire, trente-quatre ans, IV-pare.

Entre l'accouchement, et la délivrance, l'utérus est mou et ne présente pas de mouvement ascensionnel ; trente minutes après l'accouchement, la femme commence à perdre. P. = 92. Injection vaginale chaude sans résultat. La femme perd de plus en plus. Le pouls s'élève successivement à 112, 128, 136.

Délivrance artificielle. Injection à 50 degrés,

Une heure après la délivrance, P. = 106. Utérus dur. Etat général satisfaisant.

Suites de couches normales.

893 de 1901. — *Hémorragie de la délivrance. Délivrance artificielle.*

B... Pauline, vingt-sept ans, I-pare.

Accouchement normal. Après l'expulsion du fœtus, HU. = 19. Le fond de l'utérus s'élève à 20 centimètres cinq minutes après et reste à 20 pendant quarante-cinq minutes.

A ce moment, perte d'une certaine quantité de sang, et de caillots (450 gr.). Le suintement continue.

Le pouls qui était à 88, monte à 108.

Délivrance artificielle : Le placenta est adhérent dans la corne droite. Injection à 50°. Le pouls redescend à 100.

*Suites de couches.* — Elévation de température les soirs des troisième, quatrième, et huitième jours avec P. = 108, 100, 104.

La femme sort en bonne santé.

1032 de 1901. — *Hémorragie de la délivrance. Délivrance artificielle.*

C... Eléonore, vingt-six ans, V-pare.

Aussitôt après l'accouchement HU. = 18. Le fond de l'utérus s'élève progressivement, et trente minutes après il est à 26 centimètres au-dessus du pubis. On essaye de faire la délivrance par expression, mais le placenta est adhérent. On attend. Cinquante minutes après, la femme perd en abondance : P. = 106.

Délivrance artificielle.

Après la délivrance : P. = 80.

Suites de couches apyrétiques.

1889 de 1901. — *Hémorragie de la délivrance*
*Délivrance artificielle.*

M... Marie, quarante ans, III-pare.

D. R. : 14-18 janvier.

Nuage d'albumine dans les urines au moment de l'accouchement.

Accouchement normal.

Aussitôt après, la femme perd du sang. Une heure après, le placenta n'est pas décollé. P. = 132.

Délivrance artificielle. Le placenta est adhérent dans sa plus grande partie dans la corne droite.

Trente minutes après la délivrance : P. = 112.

*Suites de couches.* — Normales jusqu'au douzième jour. La femme veut se lever, elle se trouve mal.

Le quinzième jour elle se lève, mais ne peut faire un mouvement.

Température normale. P. = 100 et diminue ensuite.

La femme sort en bonne santé le vingt-deuxième jour.

163 de 1902. — *Hémorragie de la délivrance.*
*Délivrance artificielle.*

L... Berthe, trente-cinq ans, IV-pare.

Trois accouchements antérieurs normaux.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : 18-21 avril.

*Accouchement.* — Présentation du front non diagnostiquée.

Aussitôt après, on remarque la mollesse anormale de l'uté-

rus. A chaque contraction il s'écoule une certaine quantité de sang. P. = 132.

Délivrance artificielle. Aussitôt après : P. = 152.

Téguments pâles. Sérum : 520 grammes.

Le pouls redescend à 132, 130 puis 108.

173 de 1902. — *Hémorragie de la délivrance*
*Délivrance artificielle.*

M... Jeanne, dix-sept ans, I-pare.

Accouchement normal. Trente minutes après, le fond de l'utérus est à 21 centimètres au-dessus de la symphyse pubienne. La femme perd un peu de sang. P. = 88. On surveille la femme qui continue toujours à perdre, et une heure après : P. = 112 puis 122.

Délivrance artificielle.

Après la délivrance : P. = 120. Pendant la période de délivrance on a recueilli 880 grammes de caillots.

Suites de couches apyrétiques.

520 de 1902. — *Hémorragie de la délivrance.*
*Délivrance artificielle.*

M... Louise, vingt-cinq ans, I-pare.

Accouchement normal, une demi-heure après, la femme commence à perdre. Le pouls monte à 100, 120.

Délivrance artificielle. Injection utérine chaude.

Suites de couches apyrétiques.

606 de 1902. — *Hémorragie de la délivrance. — Délivrance artificielle. — Phlébite. — Pouls à 120 le deuxième jour.*

B... Marie-Louise, vingt-cinq ans, I-pare.

Une heure après l'expulsion du fœtus, le placenta reste adhérent. La femme perd du sang, le pouls s'élève de 90 à 120.

Délivrance artificielle. Injection à 50 degrés.

Le pouls redescend à 108.

*Suites de couches. — Le deuxième jour : P. = 120. Température normale.*

La femme quitte la clinique le douzième jour et peu après

son retour chez elle, constate de l'œdème des membres inférieurs. Un médecin appelé, diagnostique une phlébite pour laquelle elle reste deux mois au lit.

1046 de 1902. — *Hémorragie de la délivrance. Délivrance artificielle.*

M... Françoise, quarante ans, VIII-pare.

Accouchement normal. Vingt-cinq minutes après, la femme perd du sang, l'insertion du cordon n'est pas accessible. P. = 116.

Délivrance artificielle. Le pouls redescend à 100.

Suites de couches apyrétiques.

1363 de 1902. — *Hémorragie de la délivrance. Délivrance artificielle.*

C... Marie, vingt-cinq ans, II-pare.

D. R. : 7-10 janvier.

Accouchement normal. Vingt minutes après, la femme perd du sang en abondance. Le pouls monte à 148. Délivrance artificielle.

La femme est anémiée, pâle ; respiration fréquente. Pouls incomptable. Lipothymie.

Sérum : 550 grammes. Caféine. Ether.

Le pouls redescend à 140, 120, puis de nouveau est irrégulier, incomptable. Sérum : 250 grammes.

*Suites de couches.* — Apyrétiques. Le pouls oscille entre 92 et 116.

1678 de 1902. — *Maladie mitrale. — Rupture prématurée des membranes. — Expulsion à six mois. — Hémorragie de la délivrance.*

V. V..., trente-huit ans, domestique, VI-pare.

Trois crises de rhumatisme à dix, quatorze et dix-huit ans.

*Grossesses antérieures.* — Première, troisième, quatrième : accouchements prématurés à sept mois ; deuxième et cinquième grossesses : avortement.

*Grossesse actuelle :*

D. R. : 15-17 avril. Pas d'albumine. H.U = 25 centimètres.

*Examen.* — Cœur : maladie mitrale.

Accouchement le 5 novembre à 3 heures soir. Fœtus de 850 grammes. P. = 96.

4 heures soir : Femme pâle, pertes légères. Etat syncopal. P. = 100-110. Placenta non accessible. Injections vaginales. chaudes.

4 heures 30 : Une partie du placenta est décollée et accessible. La femme perd. P = 116.

Délivrance artificielle. P = 120. Injection utérine prolongée. Ether.

Le pouls redescend à 112.

*Suites de couches.* — Pouls oscille entre 84 et 120 pendant les trois premiers jours.

Le quatrième jour : P. matin 92. P. soir = 100.

Le cinquième jour pouls et température normaux.

1932 de 1902. — *Hémorragie de la délivrance. Délivrance artificielle.*

G... Jeanne, vingt ans, I-pare

Accouchement spontané.

Trente-cinq minutes après l'accouchement, on constate que le vagin contient une grande quantité de caillots. Le pouls est à 100 puis 108, 120.

Injection chaude après laquelle l'hémorragie s'arrête.

Quelques minutes après, l'accouchement sanguin se reproduit. Délivrance artificielle par M. Delestre.

Le pouls redescend à 108 puis à 100.

Suites de couches normales.

81 de 1903. — *Hémorragie de la délivrance. Délivrance artificielle.*

B... Isabelle, V-pare.

*Grossesses antérieures.* — Première, deuxième et troisième : Avortement de deux mois et demi. Quatrième : accouchement à terme.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : 5-7 avril.

Au deuxième mois, elle a eu une perte de sang assez abondante qui cesse au repos.

*Albumine* pendant la grossesse, pas au moment de l'accouchement.

Accouchement normal. Une heure après l'expulsion du fœtus, le placenta n'est pas descendu dans le vagin. La femme perd assez abondanment. P. = 120. Facies pâle. Tendance syncopale.

Délivrance artificielle.

Injection intra-utérine à 50 degrés. Sérum artificiel : 500 grammes. P. = 96.

Suites de couches apyrétiques.

231 de 1903. — *Hémorragie de la délivrance. Délivrance artificielle.*

G... Alphonsine. vingt-cinq ans, II-pare.

Première grossesse, à terme.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : 15-20 avril.

Accouchement normal le 7 février. — Vingt minutes après, la femme perd assez abondamment. P. = 110. Le placenta est presque décollé, mais en haut et à gauche, une partie est enchatonnée. On extrait le placenta déchiqueté et qui paraît complet.

Les membranes sont déchirées et incomplètes. P. = 128.

Injection à 50 degrés. Etat général satisfaisant. Suites de couches fébriles.

La femme quitte la clinique en bon état.

504 de 1903. — *Hémorragie de la délivrance. Délivrance artificielle.*

J... Hortensia, vingt-huit ans, II-pare.

Première grossesse, à terme.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : 2 à 6 juin.

24 mars. — Une heure après l'accouchement, la femme perd du sang. Le pouls qui oscillait entre 84 et 88, s'élève à 96.

Le placenta est en partie décollé et se présente par sa face utérine.

Délivrance artificielle : Pendant cette intervention, le pouls devient tout à coup incomptable, la femme a une défaillance et dit qu'elle se trouve mal. Le placenta est très adhérent dans la corne droite. Injection utérine à 50 degrés. La femme ne perd plus. P. = 96.

Suites de couches apyrétiques.

505 de 1903 — *Hémorragie de la délivrance. Délivrance artificielle.*

D... Jeanne, II-pare.

*Première grossesse.* — A terme. Forceps.

*Grossesse actuelle.* — Une heure un quart après l'accouchement le placenta n'est pas décollé, la femme perd assez abondamment. Le pouls s'élève progressivement à 104.

Délivrance artificielle. Injection utérine à 50 degrés. P. = 126.

La femme ne perd pas, mais elle est très surveillée. Une heure après, P. = 100.

Suites de couches apyrétiques.

725 de 1903. — *Insertion vicieuse du placenta. — Hémorragie du travail. — Hémorragie de la délivrance.*

Voir : Observations hémorragies par insertion basse du placenta pendant le travail.

2020 de 1903. — *Hémorragie de la délivrance. Délivrance artificielle.*

C... Cécile, vingt-quatre ans, I-pare.

Accouchement normal. Une demi-heure après, la femme commence à perdre. Placenta non décollé. Utérus mou. P. = 80.

Une heure après, l'hémorragie devient plus abondante. P. = 100. Faciès pâle.

Délivrance artificielle. Placenta bilobé.

Injection à 50 degrés. P. = 112 après l'intervention. Suites de couches apyrétiques.

109 de 1904. — *Hémorragie de la délivrance.*

B... Denise, trente ans, VI-pare.

*Grossesses antérieures.* — Première, troisième, quatrième, cinquième : accouchement prématuré au huitième mois d'un fœtus mort et macéré.

Deuxième : avortement de trois mois.

*Grossesse actuelle :*

Albumine dans les urines.

Dix minutes après l'expulsion, perte de sang en grande quantité. P. : rapide, monte à 120.

Délivrance artificielle : Placenta adhérent par un cotylédon dans la corne droite. P. = 120, descend à 100 après l'injection intra-utérine.

Suites de couches apyrétiques.

477 de 1904. — *Hémorragie de la délivrance.*

B... Pauline, trente-quatre ans, I-pare.

A eu des traces d'albumine.

Accouchement normal.

Trente minutes après, la femme perd du sang en grande quantité. Le pouls qui était à 80 s'élève à 100. Le placenta n'est pas complètement décollé.

Délivrance artificielle, pendant laquelle le pouls monte à 120.

L'hémorragie s'arrête. Injection intra-utérine à 50 degrés.

Suites de couches apyrétiques.

644 de 1904. — *Albuminurie.* — *Hémorragie de la délivrance.* — *Délivrance artificielle.*

M. M..., vingt-quatre ans, couturière, II-pare.

Première grossesse : Albumine dans les urines.

*Grossesse actuelle.* — Albuminurie pendant la grossesse. Troubles de la vue, pas de céphalée, douleur épigastrique.

18 mai, 1 h. 20 soir. — Accouchement spontané.

1 h. 40 : hémorragie ; le placenta n'est pas décollé, la femme perd, le pouls est à 96. Injection vaginale à 50 degrés.

2 heures : nouvelle hémorragie, le pouls est à 108, puis à 112.

Délivrance artificielle.

Injection intra-utérine à 50 degrés. La femme ne perd plus, le pouls redescend à 100.

Suites de couches pathologiques.

| | | | |
|---|---|---|---|
| 19 mai. — | T. = 38 | P. = 92 | Injection utérine. |
| 20 — | T. = 38,3 | P. = 124 | Injection utérine. |
| 21 — | T. = 38,3 | P. = 108 | |
| 22 — | T. = 37,8 | P. = 104 | |
| 23 — | T. = 38 | P. = 120 | |

24 mai au 7 juin. — Pouls et température normaux.

La femme quitte le service en bon état le 7 juin.

106 de 1905. — *Hémorragie pendant la période de délivrance. — Pouls = 132. — Délivrance artificielle. — Sérum : 500 grammes.*

V... Jeanne, trente-neuf ans, VII-pare.

*Grossesses antérieures :*

Première : Avortement de six semaines.

Deuxième : Accouchement au septième mois.

Troisième : Sommet à terme.

Quatrième : Sommet à terme. *Hémorragie de la délivrance*

Cinquième : Sommet à terme. *Hémorragie de la délivrance.*

Sixième : Sommet à terme. *Hémorragie de la Délivrance.*

*Grossesse actuelle.* — D. R. : (?).

Aussitôt après l'accouchement le pouls est à 88.

La femme perd abondamment. Le pouls s'accélère et atteint 132. — Délivrance artificielle.

Sérum : 500 grammes.

Le pouls redescend à 92, remonte à 104 le soir, pour se maintenir ensuite aux environs de la normale.

Suites de couches apyrétiques.

415 de 1905. — *Hémorragie de la délivrance. Délivrance artificielle.*

B..., Alice, vingt et un ans, couturière, I-pare.

Durée totale du travail : vingt-deux heures trente minutes.

Accouchement spontané. Une heure après l'accouchement l'utérus n'est remonté que de 2 centimètres. Au toucher on n'arrive pas sur l'insertion du cordon. La femme perd du sang. Le pouls s'accélère, et de 120 qu'il était au moment de l'accouchement, monte à 136. On fait la délivrance artificielle. (Placenta adhérent à la corne gauche et à la paroi antérieure.)

Le pouls revient ensuite à la normale.

Suites de couches apyrétiques.

523 de 1905. — *Hémorragie de la délivrance. Délivrance artificielle.*

L... Pauline, vingt-six ans, I-pare.

Grossesse normale ainsi que l'accouchement.

Aussitôt après l'accouchement : P. = 80.

Trente minutes après : P. = 88.

Quarante-cinq minutes après : P. = 92.

Ecoulement sanguin avec caillots, en même temps que le fond de l'utérus continue à s'élever.

Une heure après : P. = 100.

Délivrance artificielle. Pouls redescend à 96.

Suites de couches apyrétiques.

980 de 1905. — *Hémorragie de la délivrance*

R... Madeleine, quarante-deux ans, IV-pare.

Premier et deuxième accouchements : à terme. Eclampsie au premier.

Albuminurie au deuxième.

Troisième grossesse : avortement de six semaines.

*Grossesse actuelle :*

Pendant la grossesse : œdème, céphalée, crampes. Fourmillements, mais pas d'albumine. Néanmoins régime lacté.

Accouchement normal.

Une heure après, la femme perd abondamment. P. = 104. Délivrance artificielle. Le pouls revient à 96.

Dans les suites de couches, on trouve des traces d'albumine pendant huit jours.

Pas d'élévation de température.

1679 de 1905. — *Insertion basse du placenta. — Hémorragie pendant la grossesse. — Rupture prématurée des membranes. Délivrance artificielle pour hémorragie.*

Voir : Observations hémorragies de la grossesse.

939 de 1907. — *Accouchement gémellaire. — Hémorragie de la délivrance. — Délivrance artificielle.*

L... Marie. trente-quatre ans, IV-pare.

Premier accouchement à terme.

Deuxième et troisième: avortement.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : 20-21 août.

Accouchement gémellaire.

Trente minutes après, la femme perd du sang. HU. = 25. P. = 120. Délivrance artificielle : P. = 88 après la délivrance.

Suites de couches apyrétiques.

1255 de 1907. — *Travail prolongé. Hémorragie de la délivrance.*

D.., Marie. quarante ans, VIII-pare.

*Accouchements antérieurs.* — Six premiers à terme.

Septième : terme, présentation du front.

*Grossesse actuelle :*

Entre à la clinique Baudelocque le 31 juillet.

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 août. — | P. = 68 | TA. = 15 | |
| 3 — | P. = 76 | TA. = 14,5 | |
| 4 — | P. = 84 | TA. = 14 | |
| 5 — | P. = 88 | TA. = 14,5 | |
| 6 — | P. = 92 | TA. = 15,5 | |
| 7 — | P. = 84 | TA. = 16 | |
| 8 — | P. = 86 | TA. = 14 | Début du travail à 11 heures soir. |

9 — P. = 96 TA. = 16,5 En travail.

Accouchement à minuit. P. = 104.

Durée du travail : vingt-cinq heures.

10 août. — Vingt minutes après l'accouchement : P. = 120. La femme perd du sang. Délivrance artificielle. Injection utérine à 50 degrés. La femme ne perd plus P. = 112.

9 heures matin : P. = 120 TA. = 13,5.

11 août. — P. = 96 TA. = 14

12 — P. = 100 TA. = 14,5

13 — P. = 108 TA. = 13,5

14 — P. = 96 TA. = 15,5

15 — P. = 92 TA. = 14

16 — P. = 80 TA. = 13,5

17 — P. = 80 TA. = 15.

1722 et 1907. — *Hémorragie pendant la période d'expulsion et pendant la délivrance.*

Germaine T..., vingt ans, I-pare.

D. R. : 20-23 janvier.

Pas d'albumine dans les urines.

4 novembre, 2 heures matin. — Premières contractions utérines douloureuses.

Entre à la clinique à 3 heures matin : O I D P.

Enfant vivant, membranes intactes. Dilatation : 1 franc.

11 h. 30 soir : Dilatation complète. La tête progresse lentement.

5 novembre, 1 heure matin. — Ecoulement sanguin qui devient de plus abondant.

A chaque contraction, issue de sang et de caillots. Cet écoulement intermittent est produit par des éraillures du vagin.

1 h. 30 : La tête apparaît à la vulve, l'écoulement s'arrête momentanément.

2 h. 30 : Expulsion d'enfant vivant : 3.450 grammes. — Bi. P = 9,3. Circonférences de la tête : 32/33.

La femme perd toujours. Injection vaginale à 50 degrés.

Trente minutes après, l'hémorragie qui s'était arrêtée, se reproduit à nouveau. Délivrance par traction et expression com-

binées. P. = 116. Injection intra-utérine à 50 degrés. L'hémorragie s'arrête.

Suites apyrétiques.

1836 de 1907. — *Hémorragie de la délivrance.*

Louise S..., dix-sept ans, I-pare.

D. R. : 14-16 février.

Vomissements pendant les deuxième, troisième et quatrième mois.

22 novembre. — Début du travail à 7 heures matin.

Expulsion à 11 h. 50 soir. H U. = 17 centimètres.

23 novembre, minuit 5. — HU. = 18. P. = 68.

12 h. 15 : H U. = 20. P. = 92. La femme ne perd pas.

12 h. 20 : H U. = 20. P. = 96. Utérus dur, bien contracté.

12 h. 25 : P. = 104 puis 112. La femme perd. Au moment où on introduit la main dans l'utérus, le pouls s'accélère et monte à 140.

Délivrance artificielle : La femme perd encore un peu, mais l'écoulement s'arrête sous l'influence d'une injection prolongée à 50 degrés.

Sérum : 300 grammes. TA = 10.

Le pouls redescend à 220.

1 h. 30 : P. = 110. TA. = 11.

9 heures matin : P. = 116. TA. = 11,5

24 novembre. — P. = 88 TA. = 12

25 — P. = 96 TA. = 12,5

26 — P. = 88 TA. = 13,5

27 — P. = 92 TA. = 13,5

28 — P. = 88 TA. = 13,5

29 — P. = 72 TA. = 13,5

30 — P. = 84 TA. = 13

Soir P. = 96 Crevasses du sein. T. = 38°4.

1 décembre. — P. = 112 T. = 36°6

2 — P. = 120 T. = 37°2

La femme quitte le service.

1995 de 1907. — *Délivrance artificielle onze heures après l'accouchement. — Hémorragie légère continue. — P. = 160.*

P... Mathilde, vingt ans, I-pare.

D. R. : 16-19 mars.

19 décembre, 4 h. 30 matin. — Accouchement.

Une heure après, on tente la délivrance.

Pendant toute la matinée, jusqu'à l'entrée à la clinique à 4 heures soir, la femme perd peu de sang. Cependant à son arrivée, ses linges sont maculés ; elle est pâle ; les muqueuses sont décolorées : le pouls est parfois imperceptible, néanmoins on arrive à compter 160 pulsations.

Les extrémités sont froides. TA. = 10.

On injecte immédiatement 500 grammes de sérum artificiel.

Pendant l'injection de sérum : P. = 152. TA. = 10,5

Délivrance artificielle :

Après : P. = 148. TA. = 10.

6 heures soir : Injection de 300 grammes de sérum.

7 heures soir : P. = 140. TA. = 11,5.

20 décembre matin. — P. = 116 TA. = 12,5

20 — soir P. = 120 TA. = 12,5

21 — matin P. = 120 TA. = 13 T. = 38. Injection utérine.

22 décembre matin P. = 144 TA. = 14 T. = 38°. Injection utérine.

23 — P. = 144 TA. = 13,5

24 — P. = 128 TA. = 14

26 — P. = 116 TA. = 14,5 T. = 38,2

Lymphangite de la cuisse (sérum).

27 — P. = 112 TA. = 14,5

28 — P. = 112 TA. = 14

29 — P. = 104 TA. = 13,5

30 — P. = 104 TA. = 12,5

31 — P. = 100

1er janvier P. = 108

2 — P. = 112

3 — P. = 112 TA. = 14

| | | | |
|---|---|---|---|
| 4 janvier | P. = 100 | TA. = 14 |
| 5 — | P. = 96 | TA. = 14 |
| 6 — | P. = 96 | TA. = 14 |
| 7 — | P. = 88 | TA. = 14 |
| 8 — | P. = 100 | TA. = 14 |
| 9 — | P. = 88 | TA. = 14 |
| 10 — | P. = 80 | TA. = 14 |
| 11 — | P. = 84 | TA. = 14 |
| 12 — | P. = 80 | TA. = 14 |

### 3° Hémorragies par rétention de cotylédon.

2108 de 1901. — *Rupture prématurée des membranes Hémorragie par rétention de cotylédon. — Mort.*

C. J..., trente ans, II-pare.

*Accouchement antérieur.* — Normal.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : 20-24 février 1901. H. U. : 34 centimètres.

Arrivée à la salle de travail le 6 décembre à 9 heures soir, elle accouche spontanément à 11 h. 35 d'une fille de 2.950 grammes. Le mouvement ascensionnel de l'utérus est de 4 centimètres pendant la période de délivrance et il s'écoule du sang à la vulve. Trente-cinq minutes après l'expulsion du fœtus, la femme dit qu'elle a besoin de pousser. On la découvre et on trouve le placenta dans le lit. Les membranes sont incomplètes et impossibles à mesurer.

Avec le placenta sont expulsés environ 350 grammes de caillots. Injection utérine. P. = 68. T. = 36°4. La femme est pâle, nouvelle injection utérine chaude et prolongée. La malade ne perd pas et l'utérus est contracté. Linges chauds. La femme est surveillée.

Vers 2 heures du matin, la femme perd un peu par suintement. P. = 96. Injection utérine très chaude. L'écoulement sanguin s'arrête. Face pâle. Etat général non inquiétant. Vers 3 heures : P. = 120 ; l'utérus contracté et l'écoulement peu abondant n'attirent pas suffisamment l'attention.

Vers 4 h. 30, la malade est agitée, elle étouffe. P. = 160. Elle a froid et respire mal. Oxygène.

L'agitation devient extrême : dyspnée, pouls imperceptible ; le ventre, la partie supérieure des cuisses sont couverts de marbrures violettes. 1.000 grammes de sérum. Quelques instants après, nouvelle injection de 500 grammes. Ether. Caféine. — Elévation des membres inférieurs, tête en bas, linges chauds.

5 h. 45 : M. Couvelaire prévenu, pratique immédiatement le toucher manuel, s'assure qu'il n'y a aucune déchirure de l'utérus, mais sent en arrière et à droite au-dessus du segment inférieur, une masse adhérente, grosse comme un œuf de dinde, qu'il décolle et extrait. Le cotylédon resté adhérent, appartient au bord inférieur du placenta ; à l'examen de celui-ci, on voit d'ailleurs qu'il manque du tissu placentaire.

6 h. 30. — La femme expire.

*Autopsie.* — Foie et utérus exsangues.

Poumons œdématiés congestionnés.

120 de 1904. — *Hémorragie de la délivrance.*

*Délivrance artificielle. Rétention de cotylédon accessoire.*

C... Juliette, vingt-neuf ans, II-pare.

Première grossesse : à terme.

*Grossesse actuelle.* — Accouchement normal (deux heures). Aussitôt après, hémorragie abondante, le sang sort en jaillissant.

Dix minutes après : P. = 116. Injection à 50 degrés sans résultat.

Délivrance artificielle. Injection à 50 degrés.

Trente minutes après (2 h. 30) : l'hémorragie cesse.

3 heures : P. = 100.

4 heures : P. = 116. On introduit la main dans l'utérus, et on retire : fragment placentaire, membranes et caillots.

Injection à 50 degrés, l'hémorragie cesse.

4 h. 20 : P. = 130 ; 500 grammes de sérum.

5 heures : P. = 120.

5 h. 50 : P. = 132.

7 heures : P. 104.

Suites normales.

752 de 1905. — *Insertion basse du placenta. — Hémorragie au cours du huitième mois. — Déchirure large des membranes. — Délivrance incomplète. — Extraction de cotylédons détachés. — Suites de couches fébriles.*

Voir : Observations Infection.

### 4° Hémorragies secondaires de la délivrance

440 *bis* de 1901. — *Hémorragie secondaire de la délivrance. Infection. — Mort le huitième jour.*

Voir : Observations Infection.

1431 de 1902.— *Bassin rétréci. — Symphyséotomie. — Hémorragie par inertie utérine après la délivrance artificielle — Mort une heure après l'opération.*

G. M..., vingt-cinq ans, II-pare.

Premier accouchement : Siège, enfant mort pendant le travail.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : 26-30 novembre.

Entre à la salle de travail le 22 septembre à 11 heures soir.

24 septembre, 11 h. 1/2 soir. — Symphyséotomie : Enfant vivant. Délivrance artificielle.

L'utérus est complètement relâché et du sang s'écoule en abondance. Massage utérin intra et extra. Injection utérine prolongée à 50 degrés. Ce n'est qu'au bout de vingt minutes que l'hémorragie s'arrête. La femme est pâle et son pouls incomptable.

Ether. Caféine. Serum : 1000 grammes.

La femme reprend connaissance, mais son état est grave.

Elle a des défaillances. On fait encore 500 grammes de sérum. Ether. Linges chauds. Oxygène.

Mais l'état s'aggrave de plus en plus, et la femme meurt à 3 heures matin.

*Autopsie.* — Foie et utérus exsangues.

997 de 1904. — *Hémorragie secondaire de la délivrance. Infection. — Curettage le sixième jour.*

Voir : Observations Infection.

768 de 1905. — *Symphyséotomie. — Hémorragie grave trois heures après l'opération. — Septicémie. — Mort.*

Voir : Observations Infection.

961 de 1907. — *Albuminurie. — Hémorragie de la délivrance.*

D..., Marguerite, vingt-sept ans, I-pare.

D. R. : 28 août-3 septembre.

Accouchement normal ainsi que la délivrance. P. = 88.

10 h. 40 : Cinquante minutes après la délivrance, la femme perd du sang. Le fond de l'utérus est situé au-dessus de l'ombilic. On exprime l'utérus, on chasse des caillots. P. = 108. Injection vaginale très chaude à 50 degrés. L'écoulement s'arrête. Il reprend à 11 heures matin : P. = 120. Injection utérine à 50 degrés, l'utérus ne se contracte qu'à des intervalles très espacés. L'écoulement sanguin finit par céder au massage externe et à l'eau à 50 degrés. P. = 132. La femme est surveillée et à 3 heures soir : P. = 104.

*Suites de couches* : Lymphangite du sein le sixième jour T. = 37°8 — P. = 108.

1222 de 1907. — *Hémorragie secondaire de la délivrance.*

B... Emilie, vingt-deux ans, II-pare.

Première grossesse : à terme.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : 15-20 novembre. Albumine.

4 août. — Accouchement normal après vingt-deux heures de travail.

Délivrance : foyers d'hémorragies anciennes.

Après la délivrance, le pouls qui était resté aux environs de 100 s'élève à 120, 128, 132. La femme perd abondamment. Injection utérine à 50 degrés. La cavité utérine est vide. L'hémorragie s'arrête.

Vingt-cinq minutes après : P. = 156. Bien qu'il n'y ait pas

d'écoulement sanguin au dehors, l'utérus se rétracte mal ; facies pâle, lèvres décolorées. Le pouls descend à 136, puis remonte à 152. TA. = 11,5.

Sérum : 600 grammes.

6 heures après : Sérum 300 grammes.

Suites de couches apyrétiques.

5 août. — P. = 120 TA. = 12
6 — P. = 100 TA. = 14
7 — P. = 104 TA. = 15
8 — P. = 84 TA. = 15
9 — P. = 92 TA. = 15
10 — P. = 88 TA. = 15
11 — P. = 76 TA. = 15
12 — P. = 80 TA. = 14,5

1302 de 1907. — *Hémorragie secondaire de la délivrance.*

F... Léopoldine, vingt-huit ans, I-pare.

D. R. : 20-22 novembre.

30 juillet. — Entre à la clinique.

1er août. — P. = 84 TA = 13,5
2 — P. = 96 TA = 14
3 — P. = 76 TA = 14,5
4 — P. = 80 TA = 14,5
5 — P. = 80 TA = 16
6 — P. = 76 TA = 15
7 — P. = 72 TA = 16
8 — P. = 80 TA = 14
9 — P. = 72 TA = 15
10 — P. = 92 TA = 15
12 — P. = 80 TA = 14,5
13 — P. = 76 TA = 15
14 — P. = 76 TA = 15,5
15 — P. = 80 TA = 14
16 — P. = 76 TA = 15
17 — Accouchement à 7 heures matin (siège). Délivrance normale. P. = 90. La femme perd, le pouls monte à

136. Utérus mou. On l'exprime et on chasse des caillots. Injection utérine à 50 degrés. L'hémorragie cesse.

10 heures matin : P. = 96. TA = 12,5.
18 août. — P. = 92 TA = 13
19 — P. = 84 TA = 13
21 — P. = 100 TA = 14,5
23 — P. = 88 TA = 14,5 T. = 38,2
24 — P. = 92 TA = 15,5
25 — P. = 72 TA = 14
26 — P. = 76 TA = 14,5
27 — P. = 78 TA = 14

1754 de 1907. — *Rupture prématurée des membranes quarante-huit heures avant le début du travail. — Hémorragie secondaire de la délivrance. — Rétention de caduque. — Lymphangite du sein.*

Voir : Observations. Affections des seins.

### 5° Hémorragies par rétention placentaire post-abortum

686 *de* 1901. — *Avortement. — Rétention placentaire. Hémorragie.*

M... Hélène, trente et un ans, III-pare.

D. R. : 11-15 janvier 1901. La femme a des douleurs depuis plusieurs jours et perd de petits caillots.

5 avril. — Elle perd de gros caillots et beaucoup d'eau. Syncope. Expulsion d'un fœtus.

La femme reste au lit douze jours, ni température, ni douleurs. Elle se lève le 16 avril et perd un peu de sang.

18 avril. — Hémorragie abondante.

19 avril. — Entre à la clinique Baudelocque. P. = 92. T. = 36,6. Le vagin est rempli de caillots, et dans l'utérus on trouve des débris qui sont extraits aussitôt.

Injection intra-utérine.

Suites normales.

712 de 1901. — *Avortement de trois mois environ. Rétention placentaire. — Hémorragie. — Ballon de Champetier.*

F... Alice, vingt et un ans, I-pare.

A la suite d'un rapport conjugal, perte d'eau.

Début du travail le lendemain.

Expulsion d'un fœtus de 650 grammes. La femme perd un peu. P. = 108. Tentative de délivrance par expression française. La femme ne perd plus. Le pouls oscille entre 92 et 100.

On pose un ballon de Champetier, qui est expulsé suivi du placenta.

Suites normales.

214 de 1902. — *Avortement. — Curage digital. pour hémorragie.*

L... Marie, trente-huit ans, XIII-pare.

*Grossesses antérieures.* — Troisième grossesse : accouchement prématuré ; tous les autres accouchements normaux.

*Grossesse actuelle.* — Cette femme dit perdre du sang depuis six jours. Elle a des nausées presque constantes et pendant un effort de vomissement, expulsion d'un petit embryon de 0 m. 12. Injection chaude. Pouls bien frappé, rapide (108).

La femme ne perd pas.

Trois heures après (2 h. matin). P. = 100.

2 h. 1/2 : P. = 108, pas de perte.

2 h. 40 : P. = petit, filiforme, 116, puis devient incomptable.

Curage digital. P. = 136. Sérum : 500 grammes.

Pouls redescend à 124 puis 108.

Suites de couches apyrétiques.

717 de 1902. — *Avortement de quatre mois et demi Hémorragie. — Curage digital.*

C... Sophie, quarante-cinq ans, VIII-pare.

*Grossesses antérieures.* — Trois grossesses : accouchement prématuré. Tous les autres accouchements normaux.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : 5 décembre.

Après l'expulsion du fœtus. P. = 88. Utérus mou.

Pertes de caillots et de sang. P. = 90 puis 108. La femme perd de plus en plus.

Curage digital. Injection prolongée à 50 degrés. P. = 80.

Suites de couches apyrétiques.

834 de 1902. — *Avortement. — Rétention placentaire Hémorragie. — Curage digital.*

C... Joséphine, vingt-six ans.

Huit jours s'étaient écoulés depuis l'avortement, la femme perdait du sang et s'affaiblissait, elle est amenée à la clinique Baudelocque.

A son arrivée : T. = 37. P. = 150. Facies pâle. Lèvres décolorées. Femme inondée de sang, vagin plein de caillots.

*Extraction digitale du placenta.* — Injection utérine prolongée à 50 degrés.

Le pouls descend à 130 puis à 104, après injection de 500 grammes de sérum physiologique.

Suites apyrétiques.

940 de 1902. — *Avortement de quatre mois et demi environ. — Rétention placentaire (quinze jours). — Ballon de Champetier. — Délivrance artificielle pour hémorragie.*

C... Flavie : trente-six ans, concierge, III-pare.

Deux grossesses antérieures : Sommets spontanés à terme.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : 1-5 janvier 1902.

La femme entre à la clinique Baudelocque le 7 juin à 8 heures du matin et raconte que le 27 mai, souffrant légèrement du ventre à la suite d'un coït de la veille, elle expulsa un fœtus du sexe masculin, vivant.

Depuis le 27 mai : repos au lit. Injections vaginales antiseptiques. Pas de pertes de sang.

A son entrée : P. = 88. T. = 36°5.

10 juin. — Introduction d'un ballon de Champetier : à quatre heures du soir : P. = 84. T. = 37°5.

7 h. 45 : expulsion du ballon. La femme perd abondamment. Pouls petit et fréquent = 100.

Extraction digitale du placenta.

Suites apyrétiques.

966 de 1902. — *Avortement de quatre mois environ. — Rétention placentaire. — Hémorragie. — Ballon de Champetier.*

T... Jeanne, vingt-huit ans, ménagère, IV pare.

*Grossesses antérieures* :

Première : accouchement à terme. Albuminurie. Blennorragie.

Deuxième : sommet spontané à terme. Hémorragies pendant la grossesse.

Troisième : accouchement prématuré. Hémorragies répétées.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : 15-18 janvier.

Dans le mois de mars : Hémorragies répétées, s'arrêtant par le repos au lit. Leucorrhée.

19 mai. — Perte de sang. Injections chaudes.

9 juin. — Hémorragie abondante. Contractions utérines douloureuses.

10 juin, sept heures matin : Expulsion d'un fœtus mort.

11 juin. — La femme, non délivrée, entre à la clinique Baudelocque. Injections vaginales chaudes.

13 juin. — Légère hémorragie. P. = 92.

14 juin. — Introduction d'un ballon de Champetier. T. = 37°3. P. = 84. Puis, pouls oscille entre 80 et 90.

15 juin. — Le ballon trop petit est expulsé suivi de quelques caillots.

T. matin = 37 degrés. P. = 90. T. soir. = 37°5. P. = 100. Pas de douleurs. Injections vaginales.

16 juin. — P. 88. T. = 37.

Ballon de Champetier de 100 grammes, introduit à 11 h. 45 par M. Couvelaire. P. = 100. T. = 37°6.

6 h. 30 : expulsion du ballon avec du sang liquide en abondance et quelques caillots. P. = 102. Expulsion du placenta. Placenta Chateaubriant, bordé. P. = 106. T. = 38. — Injection utérine.

17 juin. — T. = 37 degrés P. = 88.

Ensuite température et pouls normaux.

1267 de 1902. — *Avortement de six semaines environ. — Injection intra-utérine. — Pouls = 152 après. — 500 grammes de sérum.*

P.... Rosalie, vingt-huit ans, XII-pare.

*Grossesses antérieures.* — Cinq premiers accouchements normaux.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : 5-8 mai.

Albuminurie légère.

Depuis huit jours perd de l'eau roussâtre.

8 août. — Douleurs violentes, perte de quelques gouttes de sang rouge vif. A 11 heures soir, grande hémorragie. Injections chaudes. Les pertes continuent.

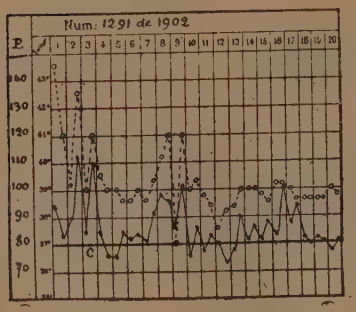
9 août, a 6 heures matin. — La femme perd encore, lipothymies. On constate que la délivrance n'est pas faite.

Elle entre à la clinique : P. = 94. On extrait le placenta qui est presque en entier dans le vagin. P. = 104. Injection intra-utérine. P. = 132. Sérum artificiel : 500 grammes.

*Suites.* — Apyrétiques.

Albumine : 50 centigrammes.

1291 de 1902. — *Avortement. — Hémorragie. — Pouls = 146. Température = 38° 3. — Suites de couches fébriles. — Curettage.*




W. V..., vingt-cinq ans, II-pare.

D. R. : 16 juillet.

Hémorragies abondantes depuis quinze jours. A son arrivée à la clinique le 16 août : P. = 146. T. = 38° 3. Col en arrière, perméable, dans lequel semble s'insinuer l'œuf décollé.

Facies pâles. Lèvres décolorées.

Extraction de débris placentaires. P. = 122. T. = 37° 5.

Injection de sérum artificiel : 500 grammes.

*Suites de couches :*

17 août. — Injection intra-utérine. Liquide sanguinolent.

18 août. — Curettage. Débris de caduque épaissis. Badigeonnage à la teinture d'iode. Gaze iodoformée.

1472 de 1902. — *Avortement au quatrième mois. Délivrance artificielle pour hémorragie,*

J... Gabrielle, vingt-neuf ans, ménagère, VI-pare.

30 septembre. — Perte de sang assez abondante.

A 1 h. 30 matin expulsion spontanée d'un produit de conception pesant 300 grammes.

Quarante-cinq minutes après l'expulsion, la femme perd ; le pouls est à 108. Etat syncopal.

Injection d'éther. Injection de 500 grammes de sérum.

Le pouls est toujours à 108.

Délivrance artificielle par M. Delestre. La femme ne perd plus. P. = 108. T. = 37°2.

Le lendemain ; température 38°4. Pouls 108. Injection utérine.

2 et 3 octobre ; pouls et température normaux.

4 octobre. — T. = 38° 6. P. = 100.

A partir du 4 octobre le pouls et la température sont normaux. — La femme quitte le service en bon état le douzième jour.

370 de 1903. — *Avortement de deux mois et demi Hémorragie. — Extraction digitale du placenta.*

F... Marie, vingt-sept ans, IV-pare.

*Grossesses antérieures*. — A terme.

*Grossesse actuelle*. — D. R. : 5 décembre 1902.

4 février. — Expulsion de caillots.

23 février. — Perte de sang abondante.

Elle arrive à la clinique Baudelocque, son linge souillé de sang. P. = 82.

26 février. — Pertes légères. P. = 84.

28 février. — Pertes abondantes. Caillots. P. = 80.

1er mars. — Frisson. T = 38°2. P. = 84. Soir : T. = 41°1.

2 mars, 10 heures matin. — Frisson. P. = 100. Elle perd un peu.

Elle expulse un embryon de deux mois et demi environ. T. = 38 degrés P. = 100.

1 h. 1/2 soir : Perte très abondante : P. = 112. Délivrance artificielle. P. = 92. T. = 37 degrés. Injection intra-utérine.

Suites de couches apyrétiques.

1300 de 1903. — *Avortement — Extraction du placenta pour hémorragie.*

P... Rosalie, trente ans. XII-pare.

*Grossesses antérieures.* — Première, deuxième, troisième, quatrième, cinquième, septième et dixième : à terme ; sixième, huitième, neuvième, onzième : avortement dans le courant du troisième mois.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : 15-20 avril.

4 août. — La femme est prise de douleurs assez vives à 1 heure du matin. Elle perd du sang en abondance, mais cette perte diminue rapidement.

*Examen à la Clinique Baudelocque :*

Col entr'ouvert, dans lequel on sent un petit membre. P. = 86.

3 h. 45 matin. : Expulsion d'un fœtus de 60 grammes.

4 h. 45 : La femme perd un peu.

5 heures : La femme perd toujours. P. = 108.

5 h. 10 : P. = 112. Au toucher à travers le col on arrive sur le placenta. Extraction du placenta. P. = 116. La femme ne perd plus.

Suite de couches apyrétiques.

1333 de 1903. — *Avortement. — Hémorragie de la délivrance.*

S... Marthe, vingt ans, II-pare.

*Première grossesse.* — Sommet spontané à terme.

*Deuxième grossesse.* — D. R. : 15-20 mars.

Depuis le 1er août ; pertes sanguinolentes.

8 août. — P. = 100. Douleurs. Col entr'ouvert.

9 août, 2 h. 15. — Expulsion d'un embryon de 350 grammes. P. = 92. La femme ne perd pas.

Le soir à 5 heures, la femme perd. Pouls monte à 116.

Injections vaginales chaudes.

Le placenta est en partie dans le col. Décollement digital de quelques cotylédons. P. = 120. Injection intra-utérine.

Suites de couches apyrétiques.

1409 de 1903. — *Avortement. — Hémorragie de la délivrance. P. = 148. T. = 39 degrés.*

M... Antoinette, trente ans, V-pare.

Première grossesse : à terme. Deuxième et quatrième : accouchement prématuré. — Troisième : avortement de deux mois.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : 22-23 avril.

Elle arrive à la clinique le 20 août à 10 heures du soir.

*Examen.* — Col long. Quelques glaires sanguinolents.

21 août, 7 heures matin. — Frisson. P. = 108. T. = 38°2

— 3 heures soir. — Frisson. P. = 140. T. 39°4.

— 8 heures soir. — Frisson.

22 août, 1 heure matin. — Expulsion d'un fœtus. — Vingt minutes après, la femme perd, le placenta est en parti décollé. P. = 148. T. = 39 degrés. Injection intra-utérine.

Suites de couches apyrétiques.

1421 de 1903. — *Avortement de trois mois. — Hémorragie de la délivrance. P. = 128.*

B... Berthe, vingt-six ans, IV-pare.

*Grossesses antérieures.* — Trois premiers accouchements normaux.

*Grossesse actuelle* — D. R. : 8 mai.

22 juillet. — Perte de sang.

23 août. — Amenée à la clinique. Pas de perte de sang. T. = 37°5. P. = 92.

24 août. 3 h. 30 matin. — Expulsion d'un fœtus mort et macéré. P. = 96. T. = 38.

Le femme perd un peu : P. = 128. Curage digital.

Injection utérine à 50 degrés. La femme ne perd plus.
Suites de couches apyrétiques.

82 de 1904. — *Avortement de trois mois. — Rétention cotylédonnaire. — Hémorragie. — Curage digital.*

L... Armandine, dix-huit ans, I-pare.

Une heure après l'expulsion du produit de conception : extraction simple du placenta (incomplet).

La femme perd du sang en notable quantité. P. = 136 puis 140.

Injection utérine très chaude qui n'arrête pas l'hémorragie.

Curage digital. Injection utérine à 50 degrés.

Une heure après : P. = 130.

Trois heures après : P. = 125.

Suites normales.

141 de 1904. — *Avortement. Hémorragie par rétention placentaire.*

E... Louise, vingt-six ans, IV-pare.

Trois accouchements normaux.

Le lendemain de son avortement, vingt-quatre heures après, la femme perd abondamment. Injections chaudes. L'écoulement continue. P. = 120.

Curage digital : l'écoulement cesse.

Pouls tombe à 116, 112, 100.

Suites de couches apyrétiques.

255 de 1904. — *Avortement au cinquième mois. Hémorragie de la délivrance.*

T... Angèle, vingt ans, I-pare.

D. R. : 22 septembre 1903.

Au troisième mois : hémorragie assez abondante.

16 février (5e mois). — Elle vient à la clinique ayant quelques douleurs, et perdant du sang en petite quantité. P. = 80. T. 36°7.

17 février, 2 heures matin. — Expulsion d'un fœtus.

5 heures matin : La femme non délivrée perd du sang en abondance. P. = 90, 100, 112.

La sage-femme de garde achève le décollement.

Injection utérine à 50 degrés. Le pouls s'abaisse à 110.

La femme ne perd plus mais faciès pâle.

Inhalations d'oxygène.

Suites normales.

371 de 1904. — *Avortement de quatre mois et demi. Hémorragie de la délivrance.*

C... Fanny, trente-neuf ans, VI-pare.

Quatre premiers accouchements à terme.

Cinquième grossesse. Hydramnios. Gros œuf.

D. R. : 22-26 novembre.

6 mars. — Entre à la clinique parce qu'elle perd du sang.

4 heures soir : Expulse un fœtus vivant.

10 h. 15 soir : Elle perd un peu. P. = 104. Injection vaginale chaude. Pouls monte à 108, 112, 116.

On introduit deux doigts dans l'utérus, et achève le décollement. Le placenta est extrait.

Injection utérine chaude. Le pouls descend à 104.

*Suites :* Le lendemain matin : P. = 80.

Suites normales.

503 de 1904. — *Avortement de deux mois. Hémorragie Curage digital.*

J... Marie, vingt-huit ans, III-pare.

D. R. : 28 décembre-3 janvier.

Depuis le 25 mars, perd du sang, mais continue à travailler.

29 mars, à 4 heures soir. — Hémorragie abondante. La femme garde le lit. Injections chaudes.

Pendant deux jours elle perd des caillots. Elle eut deux grandes hémorragies suivies de syncopes. Elle arrive exsangue à minuit à la clinique. Pouls rapide, incomptable.

Sérum : 1250 grammes. Grogs. Linges chauds.

30 mars, à minuit 20. — P. = 120. La femme ne perd plus.

minuit 30. — P. = 120.
— 45. — P. = 120.
1 heure — P. = 110.
1 h. 10. — P. = 108.
1 h. 30. — P. = 104.

Le pouls oscille entre 108 et 104 pendant plusieurs heures.

7 heures : P. = 110.

9 heures : P. = 112.

*Examen.* — Utérus volumineux. Col ouvert. Caillots. Débris de caduque. T. = 37°5. P. = 120.

9 h. 30. Curage digital. Chloroforme. Injection à 50 degrés.

La femme ne perd pas. P. = 120.

*Suites de couches :* Apyrétiques.

Le pouls : Premier jour : Matin = 112. Soir = 120.
Deuxième — : Matin = 108. Soir = 116.
Troisième — : Matin = 96.

Suites normales.

1414 de 1904. — *Avortement.* — *Hémorragies.*

P... Rosalie, trente-deux ans, XV-pare.

Premier, deuxième, troisième, quatrième, cinquième, septième et dixième accouchements : normaux. Les autres grossesses terminées par avortement.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : 27-30 juillet.

10 octobre. — Perte de sang.

12 octobre. — Perte plus abondante.

13 octobre, à midi. — Expulse un embryon.

1 h. 30 : la femme perd, le pouls s'accélère et monte à 120.

*Curage digital.* — Injection à 50 degrés.

Suites normales.

1563 de 1904. — *Avortement de cinq mois.* — *Délivrance artificielle pour hémorragie.*

G... Emilienne, vingt ans, ménagère, I-pare.

Dernières règles du 4 au 8 juin.

Première perte de sang en septembre.

3 novembre. — Nouvelle hémorragie.

4 novembre. — Rupture des membranes.

6 novembre. — Perte de sang abondante, la femme est amenée à la clinique le 7 novembre à 4 heures matin.

1 h. 5 soir : Expulsion d'un embryon pesant 300 grammes.

1 h. 50 : Hémorragie abondante. Le pouls qui était à 88 atteint 108.

Délivrance artificielle. Injection intra-utérine à 50 degrés. Injection de 500 grammes de sérum.

*Suites de couches.* — 9 novembre. — Expulsion d'une portion placentaire. Température normale.

La femme quitte le service en bon état le 18 novembre.

1583 *bis* de 1904. — *Avortement de deux mois et demi. Curage digital.*

K... Marie, trente-deux ans, ménagère, II-pare.

11 novembre. — Hémorragie abondante, syncopes. Une injection d'éther ; injections vaginales chaudes ; deux injections de sérum.

10 novembre, 10 heures matin. — La femme est amenée à la clinique.

A l'arrivée T. = 37°6. P. = 136. Hémorragie persistante.

A l'examen : on sent une partie du placenta décollé.

*Curage digital.* — Injection intra-utérine.

Suites de couches normales.

1611 de 1904. — *Avortement de quatre mois. — Délivrance artificielle pour hémorragie.*

D. E..., vendeuse, II-pare, trente-cinq ans.

Secondipare ayant eu ses dernières règles du 1er au 3 juillet. Evolution normale de la grossesse jusqu'au 13 novembre.

13 au 16 novembre. — Pertes de sang avec contractions utérines douloureuses.

16 novembre, 1 heure soir. — La femme est amenée à la salle de travail : P. = 92. T. = 37°2.

3 heures soir : Expulsion spontanée de l'embryon. Aussitôt après, écoulement de sang assez abondant. P. = 112.

Délivrance artificielle sans chloroforme. Injection intra-utérine. Pouls 120.

258 de 1905. — *Avortement au cours du cinquième mois. — Délivrance artificielle pour hémorragie. — Pouls à 124. — Cloisonnement complet de l'utérus, incomplet du vagin.*

K... Y., vingt-trois ans, modiste, I-pare.

D. R. : 2-8 septembre 1904.

2 novembre. — Perte de sang et de petits caillots pendant cinq jours : cette perte s'accompagne de douleurs.

2 décembre, puis 16 décembre. — Pertes peu abondantes pendant deux ou trois jours.

20 janvier. — Pertes abondantes et caillots.

13 février. — Examinée : diagnostic de malformation utérine.

19 février. — Douleurs violentes et le soir, début du travail.

Le lendemain expulsion d'un fœtus vivant.

Une demi-heure après, la femme perd du sang, le pouls s'élève à 100, le placenta est en partie dans le vagin ; l'autre partie est adhérente à l'utérus. La femme continue à perdre et le pouls monte à 124.

Aussitôt on fait une délivrance artificielle ; le placenta était très adhérent dans la corne gauche de l'utérus.

Injection intra-utérine à 50 degrés, l'écoulement sanguin cesse. Le pouls descend à 116 et s'y maintient pendant plusieures heures. On fait alors 400 grammes de sérum artificiel.

Dès lors le pouls revient successivement à 108, 104, 96.

Suites normales.

367 de 1905. — *Hémorragie de la délivrance. — Avortement. Délivrance artificielle.*

S... Marie, trente-six ans, II-pare.

Premier accouchement : normal.

*Grossesse actuelle* : — D. R. : 29 novembre.

A 3 heures matin, le 11 mars 1905, expulse un embryon de 40 grammes.

Aussitôt après l'expulsion le pouls est à 88, puis 96, et à 6 heures il est à 120.

Délivrance artificielle : l'hémorragie s'arrête.

500 grammes de sérum artificiel : P. = 104.

Suites de couches normales.

1115 *bis* de 1905. — *Avortement au cours du deuxième mois. Rétention placentaire.*

P... Marie, vingt-quatre ans, I-pare.

Deux jours avant son entrée, la femme perd du sang, et a des contractions douloureuses.

16 juillet. — Entrée à la clinique. Examen : col entr'ouvert laissant passer le cordon attaché au placenta. P. = 100. T. = 37 degrés. Pertes de sang.

Le pouls oscille ensuite entre 80 et 96.

19 juillet. — P. = 104. T. = 37°5.

20 juillet. — Ballon de Champetier, expulsé le lendemain. P. = 88-72.

Suites apyrétiques.

1159 *bis* de 1905. — *Rétention placentaire. Curage après ballon.*

P... Gabrielle, vingt et un ans, II-pare.

Premier accouchement normal.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : 17 avril.

Elle souffre et perd depuis plusieurs jours.

24 juillet. — A l'arrivée : col en voie d'effacement; on sent des irrégularités ressemblant à des débris placentaires. Pouls entre 76 et 88.

31 juillet. — P. = 112. Lochies fétides. Ballon.

Retour à la normale.

1536 de 1905. — *Avortement au cinquième mois. Délivrance artificielle. — Injection intra-utérine.*

B... Marie, vingt-huit ans, II-pare.

Premier accouchement normal.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : 1-5 mai.

6 octobre. — Consultation : Albumine dans les urines ; régime lacté.

14 octobre. — La femme dit avoir perdu de l'eau sans avoir ressenti de contractions utérines douloureuses.

15 octobre. — Douleurs dans la région lombaire.

16 octobre. — Légère perte de sang, la femme entre à la clinique.

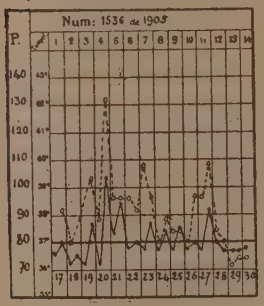
*Examen.* — Col en voie d'effacement. Membranes rompues, parties fœtales engagées. P. = 96.

Quarante-cinq minutes après l'expulsion de l'embryon, le placenta n'est pas décollé. Une hémorragie abondante se produit. P. = 116. Délivrance articielle. L'hémorragie s'arrête.

*Suites de couches* : Troisième jour : P. = 104. T = 38,8.

Quatrième jour : P. = 88. T. = 36,8

— : P. = 132. T. = 39,4. Injection utérine. Liquide sale, avec quelques débris.




Cinquième jour : P. = 96. T. = 37°4. Injection utérine Glace sur le ventre.

Septième jour : P. = 96. T. = 38°6.

Suites normales jusqn'au vingt-deuxième jour : P. = 120. T. 38°8. On transporte la femme en gynécologie.

1840 de 1905. — *Avortement. — Rétention placentaire. Hémorragie. — Extraction du placenta.*

P... Marie, vingt-neuf ans, IV-pare.

Première grossesse : avortement. Deuxième et troisième : à terme.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : 29 septembre.

15 novembre. — Pertes sanguines durant quelques heures, et se reproduisant tous les deux ou trois jours jusqu'au 24 novembre.

24 novembre. — Hémorragie abondante qui cesse après quelques heures et se reproduit peu abondante dans les quatre jours suivants.

Nuit du 28 au 29 novembre. — Hémorragie (caillots) suivie de syncope.

29 novembre, soir. — Expulsion de caillots. Syncope. Elle arrive à la clinique. P. = 120.

*Examen.* — Vagin rempli de caillots. Col perméable, laisse arriver sur des fragments de placenta.

Sérum artificiel : 500 grammes.

Curage digital par le Dr Cazeaux qui extrait 15 grammes de placenta. L'écoulement cesse aussitôt.

Dans les trois jours suivants : Température normale, mais le pouls oscille entre 100 et 120.

Quatrième jour : Pouls et température normaux.

1841 de 1905. — *Avortement. — Curage digital pour hémorragie.*

M. J..., vingt-huit ans, IV-pare.

Trois premières grossesses à terme.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : 20 octobre.

27 novembre. — Ecoulement de sang peu abondant pendant huit jours.

3 décembre. — Ecoulement plus abondant et continu jusqu'au 10 décembre. La femme ne se repose pas.

10 décembre. — Le soir, l'hémorragie devient plus abondante. Elle entre à la clinique à 7 heures du soir.

*Examen.* — Hémorragie assez considérable. Caillots dans le vagin. Col ouvert. Injection à 50 degrés. L'écoulement cesse momentanément. P. oscille entre 96 et 100.

11 décembre, 2 heures matin. — Perte plus abondante. P. = 112. 500 grammes sérum. Injections à 50 degrés, fréquentes.

5 heures matin : Nouvel écoulement. Le col perméable laisse arriver sur le placenta.

8 heures matin : L'hémorragie continue lentement. P. = 132. Sérum : 300 grammes.

9 heures matin : Curage digital, les pertes cessent.

*Suites :* Le pouls oscille entre 90 et 116 dans les huit jours suivants. P. = 84 le neuvième jour.

Température normale.

1175 de 1907. — *Avortement de quatre mois. — Rétention de débris placentaires. — Hémorragie. — Curage digital.*

G... Victorine, vingt-sept ans, IV-pare.

Première et deuxième grossesses : accouchement à terme.

Troisième grossesse : accouchement gémellaire au neuvième mois.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : 2-5 mars.

26 juillet, 4 heures soir. — Premières contractions utérines douloureuses, suivies de perte de sang.

27 juillet, 6 heures soir. — Expulsion d'un embryon.

Elle vient à la clinique.

P. = 100. T. = 37° 4. Ecoulement sanguin abondant.

Débris placentaires dans l'utérus.

Curage digital. P. = 100, puis 88.

Suites de couches apyrétiques.

1746 de 1907. — *Rétention placentaire à la suite d'avortement. — Hémorragie. — Pouls 112 à l'arrivée. — Extraction digitale du placenta.*

J... Georgette, vingt-six ans, III-pare.

Premier accouchemet : à huit mois ; deuxième : à terme.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : Début de septembre (?)

9 novembre. — Arrive à 3 heures du matin. Perd du sang et des caillots depuis le 3 novembre. Syncopes. Sueurs.

P. = 112-116. T = 37° 2.

Extraction digitale du placenta. Après : P. = 124.

4 heures matin : P. = 104. TA. = 11. Sérum : 500 grammes.

6 heures matin. P. = 96 TA. = 12.

6 heures soir. P. = 100 TA. = 12.

10 novembre. — P. = 92 TA. = 13.

| | | | |
|---|---|---|---|
| 11 novembre | P. = 92 | TA. = 13,5 |
| 12 — | P. = 96 | TA. = 13. |
| 13 — | P. = 92 | TA. = 14 |
| 14 — | P. = 84 | TA. = 13,5 |
| 15 — | P. = 88 | TA. = 14 |

Suites de couches apyrétiques.

## Thrombus

1246 de 1907. — *Accouchement gémellaire. — Thrombus vulvo-vaginal apparu quelques heures après l'accouchement.*

E... Yvonne, vingt-deux ans, I-pare.

D. R. : fin octobre. Pas d'albumine.

Entrée à la clinique le 3 juin.

| | | |
|---|---|---|
| 17 juillet. — | P. = 76 | TA. = 15 |
| 18 — | P. = 68 | TA. = 15,5 |
| 19 — | P. = 76 | TA. = 14 |
| 20 — | P. = 72 | TA. = 13 |
| 21 — | P. = 80 | TA. = 13,5 |
| 22 — | P. = 84 | TA. = 16,5 |
| 23 — | P. = 80 | TA. = 15 |
| 24 — | P. = 76 | TA. = 15,5 |
| 25 — | P. = 84 | TA. = 16 |
| 27 — | P. = 86 | TA. = 15 |
| 28 — | P. = 88 | TA. = 15,5 |
| 29 — | P. = 84 | TA. = 14,5 |
| 30 — | P. = 80 | TA. = 14,5 |
| 31 — | P. = 72 | TA. = 14,5 |
| 1er août. — | P. = 72 | TA. = 14 |
| 2 — | P. = 72 | TA. = 15 |
| 3 — | P. = 80 | TA. = 14,5 |
| 5 — | P. = 68 | TA. = 15,5 |
| 6 — | P. = 80 | TA. = 16,5 |
| 7 — | P. = 82 | TA. = 16,5 |
| 8 — | P. = 80 | TA. = 17. La femme a des contractions utérines douloureuses. |

Midi : P. = 64.

Accouchement à 2 h. 25 soir.

Délivrance à 3 heures soir. P = 88.

Dans l'après-midi pas de malaise. Le soir, vers 7 heures : pesanteur au niveau de la région vésicale. Sensation de tension du côté du rectum. Envies de pousser. Les douleurs augmentent rapidement d'intensité.

A 7 h. 1/2 : on constate au niveau de la partie inférieure de la grande lèvre une tuméfaction du volume d'un œuf de poule. Tuméfaction tendue, noirâtre, se prolongeant dans la partie latérale droite de la cavité vaginale.

Au niveau de la région fessière correspondante, il existe une ecchymose noiré foncée. P. = 96.

Douleurs continuelles pendant toute la nuit, sensation de piqûres d'aiguille ; la tumeur s'accroit, mais très modérément. Pas de tenesme rectal, mais épreintes vésicales.

9 août. — P. = 96. TA. = 15,5

10 — P. = 92. TA. = 15,5. La malade ne peut uriner spontanément, cathétérisme.

11 août. — P. = 96. TA. = 14,5. Le thrombus à déjà diminué par résorption de son contenu, l'ecchymose est plus pâle. Néanmoins on continue le cathétérisme vésical jusqu'au 14 août. Jusqu'à cette date, les selles n'ont lieu également qu'après lavement.

12 août. — P. = 104 TA. = 15.

13 — P. = 104 TA. = 14,5.

14 août. — La tumeur est en grande partie résorbée.
P. = 96 TA. = 14

15 août. — P. = 84 TA. = 13

16 — P. = 88 TA. = 13

16 — P. = 88 TA. = 14,5.

La grande lèvre a son volume à peu près normal ; l'ecchymose est à peine visible. Au toucher, on sent sur la paroi latérale droite du vagin une tuméfaction mollasse remontant environ à 8 centimètres de hauteur et remplissant à peu près le vagin, mais n'empêchant pas l'écoulement lochial.

18 août. — P. = 88. TA. = 13

19 — P. = 84. TA. = 13,5

24 août. — Depuis le 19 le pouls oscille autour de 80 et la tension artérielle autour de 13,5.

Au toucher vaginal : la tuméfaction est presque aplatie. A 2 centimètres en arrière de l'orifice de la glande de Bartholin, il y a une solution de continuité de la dimension d'un pois. Par cet orifice s'échappent des fragments de caillots noirâtres.

25 août. — P. = 72 TA. = 14,5

26 — P. = 68 TA. = 15

27 — P. = 72 TA. = 14,5

Ensuite, le pouls est normal.

Les suites de couches ont été apyrétiques.

La femme quitte le service en bon état le 9 septembre.

## Affections des seins.

1754 de 1907. — *Rupture prématurée des membranes quarante-huit heures avant le début du travail. — Hémorragie secondaire de la délivrance. — Rétention de la caduque. — Lymphangite du sein.*

B... Marie, dix-neuf ans, I-pare.

D. R. : 20-24 février.

Rupture des membranes : quarante-huit heures avant le début du travail.

10 novembre. — Accouchement à midi.

Délivrance : trente minutes après. Rétention de caduque.

Après : P = 90.

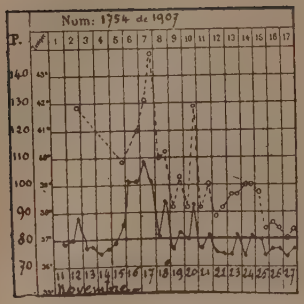
3 heures soir : Hémorragie abondante. En exprimant l'utérus, on chasse de nombreux caillots. Injection chaude ; l'hémorragie s'arrête.

*Suites de couches :*

12 novembre, soir. — T. = 37°8. P. = 128. T. A. = 11.

15 novembre, soir. — T. = 37°6. P. = 108.

16 novembre, 5 heures matin. — Frisson qui dure dix minutes. T. = 39°2.




Soir. : T. = 39°2. P. = 120.

17 novembre, matin. — T. = 39°8. P. = 132, frisson d'une durée de vingt minutes.

Etant donnée la rétention partielle de caduque, l'élévation de température et du pouls, on parle d'un curettage. Mais on apprend que la veille au soir, on avait constaté une lymphangite du sein gauche.

La femme ne s'est plainte à aucun moment de souffrir ; une légère teinte rosée se remarque encore à la partie inféro-externe du sein gauche. On décide de n'avoir recours qu'à la thérapeutique des lymphangites. TA. = 12.

18 novembre, 9 heures matin. — Facies pâle, muqueuses décolorées. P. 110. TA. = 12,5.

19 novembre. — P. = 92 TA. = 12,5

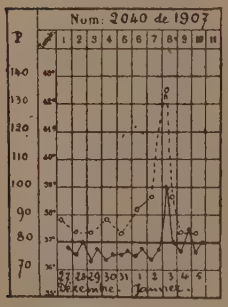
20 — P. = 92 TA. = 13. Poussée de lymphangite.

23 — P. = 92 TA. = 13,5

2040 de 1907. — *Albuminurie.* — *Lymphangite du sein.*

B... Virginie, seize-ans, 1-pare.

D. R. : 3-6 avril.




Pas d'albumine pendant la grossesse.

Entre à la clinique le 26 décembre. Dilatation 1 franc.

On trouve de l'albumine : 1 gramme.

Dilatation de 2 francs. TA. = 14. P. = 88.

Après la délivrance. P. = 80. TA. = 15.

Placenta : pas de lésions.

27 déc. — U. = 1.000 Alb. : traces P. = 88 TA. = 14,5

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 28 déc. | U. = 500 | Alb. : traces | P. = 84 | TA. = 15 |
| 29 — | | Alb. : o | P. = 84 | TA. = 13,5 |
| | | Crevasses du sein. | | |
| 30 — | | | P. = 88 | TA. = 13 |
| 31 — | | | P. = 84 | |
| 1 janv. | | | P. = 92 | |
| 2 — | | | P. = 96 | |
| 3 — | | | P. = 136 | TA. = 12,5 |
| | | Lymphangite du sein. | | |
| 4 — | | | P. = 84 | TA. = 12,5 |
| 5 — | | | P. = 84 | TA. = 12,5 |

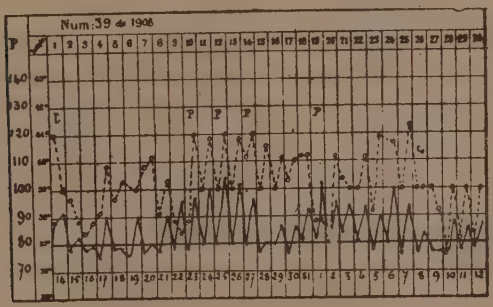
39 de 1908. — *Lymphangite et Abcès du Sein.*

V..., Ernestine, trente-et-un ans, 1-pare.

D. R. : 8-9 avril.

Accouchement prématuré au neuvième mois le 6 janvier Délivrance normale. P. = 88. T. = 36°8.

Suites de couches normales jusqu'au 15 janvier.




15 janvier. — Lymphangite du sein droit. Pansement.

18 janvier. — Lymphangite du sein droit. Pansement.

24 janvier. — Ponction d'un abcès : pus en petite quantité très épais.

26 janvier. — Ponction d'un deuxième abcès : on fait à la sonde une contre-ouverture au premier abcès. Drains.

28 janvier. — Ponction d'un troisième abcès profond. Décollement. Drainage du troisième abcès.

2 février. — Ponction d'un quatrième abcès. Drainage.

La femme quitte le service le 12 février.

## Le Pouls dans l'Infection.

232 de 1901. — *Version céphalique pendant la grossesse. — Accouchement spontané. — Septicémie. — Mort le septième jour.*

L..., L. II-pare.

Accouchement antérieur normal.

*Grossesse actuelle.* — Entre à la clinique le 14 janvier pour présentation du siège. Version céphalique par M. Pinard.

Accouchement spontané, le 4 février à 8 h. 30.

La délivrance se fait spontanément, quinze minutes après l'expulsion du fœtus. P. = 84. T. = 37°2.

5 février soir. — T. = 37 degrés.

6 février. — T. matin = 36°8. T. soir = 37 degrés.

7 février. — T. matin = 37°2. T. soir = 38°8. P. = 126. Injection intra-utérine qui ramène des débris et des caillots.

8 février matin. — T. = 39°4. P. = 120. Injection utérine qui ramène quelques débris et caillots. La femme a de la lymphangite du sein droit et des crevasses profondes. Pansement compressif.

A 8 heures soir. — Frisson. T. = 40°2.

9 février. — T. matin = 38°4. P. = 104. Injection utérine : eau sale.

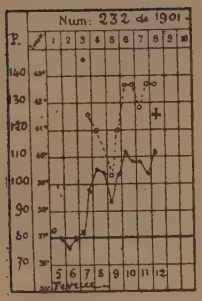
T. soir : 39°4. P. = 120. Injection utérine.

10 février. — T. matin = 40°1. P. = 136. La femme est mise à l'irrigation continue à 10 heures matin.

T. soir = 39°8. P. = 136.

11 février. — T. matin = 39°8. P. = 136. Sérum artificiel : 80 grammes. Transpiration abondante.

T. soir : 39°4. P. = 128.




12 février. — T. matin : 40°1. P. = 136. Sérum artificiel. A 11 heures, on cesse l'irrigation continue. Sérum salin : 500 grammes. Caféine. Mort à 6 h. 15 soir.

*Autopsie.* — Les deux tiers supérieurs de la cavité utérine sont remplis par une masse putrilagineuse surtout épaisse au niveau de l'aire placentaire.

Contenu utérin : Streptocoques et Staphylocoques. Liquide du Douglas : (20 centimètres cubes) louche, visqueux. Colibacille.

246 de 1901. — *Curettage pour accidents fébriles.*

T... Louise, dix-sept ans, 1-pare.

Grossesse et accouchements normaux.

Délivrance paraît complète.

*Suites de couches :* le cinquième jour après, le soir : T. = 39°. P. = 96.

Injection intra-utérine. Eau claire.

Sixième jour, matin : T. = 39°8 P. = 120. Injection intra-utérine : eau claire. Lymphangite du sein droit. Compression des seins.

Sixième jour, soir : T. = 39°6. P. = 120. Injection intra-utérine. Suppression de l'allaitement.

Septième jour : T. = 39°5. P. = 120. Injection intra-utérine. *Curettage :* nombreux lambeaux de caduque épaisse et grise.

Septième jour : T. = 39°2 P. = 120. Injection intra-utérine prolongée.

Huitième jour : T. = 37°3. P. = 100.

— T. = 37°2.

Neuvième jour : T. = 37°8.

— T. = 37°2.

Dixième jour : T. = 38°1.

— T. = 38°2. P. = 116.

Onzième jour : T. = 37°6. P. = 96. Abcès du sein ouvert

— T. = 39°2. P. = 116. spontanément le lendemain.

Le pouls est ensuite entre 120 et 92, puis tout rentre dans l'ordre.

La femme quitte la clinique.

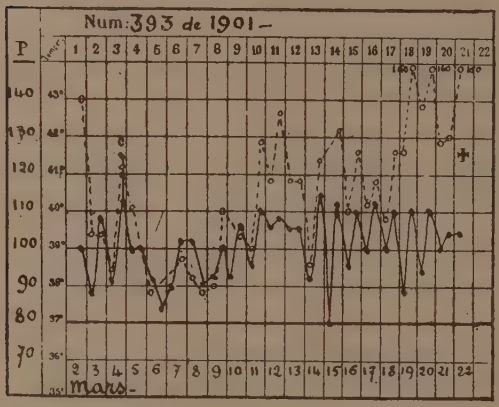
387 de 1901. — *Rupture prématurée des membranes. — Fétidité de l'œuf. — Accidents fébriles. — Curettage.*

Voir : Observations de travail prolongé et infection pendant le travail.

393 de 1901. — *Pyohémie. — Femme morte le vingt-unième jour après l'accouchement.*

R. A..., vingt-neuf ans, II-pare.

Gros œuf : Enfant : 4.010 grammes. Placenta : 720 grammes. Liquide : 1560 grammes.




Membranes complètes.

Après la délivrance : P. = 72. T. = 37°4. Injection utérine : eau claire. Durée du travail : 50 h. 30 (?).

2 mars. — T. matin = 39 degrés. P. = 140. Injection utérine : eau claire.

3 mars. — T. matin = 37°8. P. = 100. Injection utérine : eau claire. Sérum antistrept. : 40 grammes. Soir : T. = 39°6. P. = 100. Injection utérine : eau claire. Sérum antistrept. : 40 grammes.

La femme dit souffrir et avoir beaucoup souffert de sa jambe droite toute la nuit.

4 mars. — T. matin = 38°1. P. = 92. Injection utérine : eau

claire. Légères traces d'albumine. Sérum antistrept. : 40 grammes. Sérum salin. T. soir : 40°4. Curettage par M. Paquy. Aucun débris.

Œdème localisé au cou-de-pied droit avec rougeur à la face externe.

On met la jambe dans une gouttière. A 9 heures du soir, sérum antistrept. : 40 grammes.

5 mars, matin. — Injection utérine : eau claire. Sérum antistrept. : 20 grammes.

6 mars. — Crachats hémoptoïques.

14 mars. — Incision d'une collection purulente de l'articulation astragalo-cuboïdienne droite. Une cuiller à café de pus.

18 mars. — La femme commence à délirer et continue les jours suivants. Elle meurt le 22 mars à 6 heures du soir.

*Autopsie :* endocardite végétante, foie gras.

*Examen bactériologique :* streptocoques.

440 *bis* de 1901. — *Femme ramenée de chez une sage-femme de la ville en pleine infection. — Mort le huitième jour.*

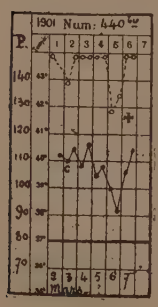
P. H..., trente ans. I-pare.

Accouchement à 3 heures du soir le 28 février.

Après la délivrance : utérus mou. A minuit hémorragie. P. = 130. Injection intra-utérine à 50°. L'hémorragie s'arrête.

1er mars. — T. soir = 39°. Injection intra-utérine.

2 mars. — T. matin = 38°. T. soir 40°2. La femme est amenée à la clinique à 10 heures soir.




3 mars. — T. matin = 40. P. = 140. Injection utérine : eau sale et débris. *Curettage* qui ramène de fausses membranes de l'utérus. Sur le vagin et le col : membranes diphtéroïdes. Streptocoque pur. Badigeonnage à la teinture d'iode.

Soir : Injection utérine : eau sale au début. T. = 40°4.

4 mars. — T. matin = 39°8. T. soir = 40°6. P. = 150. Injection intra-utérine : eau sale.

Dans la journée : étouffements répétés. Oxygène. Morphine.

5 mars. — T. matin = 39°6. P. = 150. Point de côté droit. Respiration difficile.

5 heures soir : expectoration sanguinolente. Ballonnement du ventre. Glace.

6 heures soir : Respiration : 40 par minute. T. = 39°7. P. = 150. Morphine.

6 mars. — T. matin = 39. T. soir = 38° P. = 128.

7 mars. — Vomissements noirâtres toute la journée. Dyspnée intense. Extrémités froides. P. = 150.

8 mars. — Mort à 7 heures matin.

Opposition à l'autopsie.

522 de 1901. — *Accidents fébriles. — Curettage.*

R... Augustine, vingt-deux ans, teinturière, I-pare.

Accouchement spontané le 23 mars.

Délivrance complète : trente minutes après l'accouchement.

Le deuxième jour : la température s'élève à 39°8, le pouls atteint 128.

Le troisième jour : le matin T. = 39 degrés. P. = 120.

Curettage après une première injection utérine.

Quatrième jour T. = 37 degrés. P. = : 96 le matin ; soir 38°4. P. = 104. Injection utérine.

Cinquième jour : matin : T. = 37 degrés. P. = 104. T. = 39,8 soir, P. = 124. Injection utérine.

Sixième jour : matin : T. = 38 degrés P. = 112 ; soir : T. = 37,2. P. = 96. Injection utérine.

Sept et huitième jours : température normale (sauf 38°6 le soir du septième jour).

Neuvième jour, matin : T. = 40°6. P. = 120 ; soir : T. = 39°8. P. = 120. Phlébite.

La femme quitte le service en bon état le cinquantième jour

1403 de 1901. — *Hémorragies pendant la grossesse. — Expulsion spontanée d'un fœtus mort et non macéré de six mois et demi environ. —Septicémie. — Irrigation continue.— Mort le treizième jour.*

L... M., vingt-neuf ans, VIII-pare.

*Accouchements antérieurs.* — Cinq normaux. Deux sièges. Enfants nés vivants.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : 18-25 janvier 1901. HU. 29 centimètres.

Fin de mai. — Perte de sang abondante qui dure cinq semaines.

10 août. — Entre à la clinique, perte de sang. Auscultation nulle.

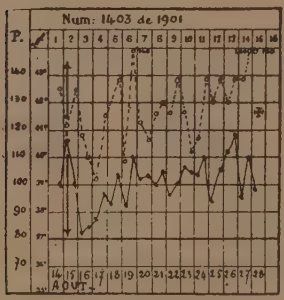
14 août, 4 heures matin. — Hémorragie et léger frisson. Injections vaginales chaudes.

7 h. 1/2 : début du travail.

8 h. 45 : frisson intense. T. : 39 degrés. P. = 140, lèvres décolorées. Yeux ternes. Le frisson dure une heure.

Vomissements porracés.

12 heures : expulsion d'un fœtus mort et non macéré. Délivrance spontanée dix minutes après. Stratification de fibrine sur toute la périphérie du placenta. Rétention de caduque. Injection intra-utérine au bi-iodure de mercure à 1/4000.




T. = 40°7. P. = 124.

Soir : T. = 39 degrés. P. = 134.

17 août. — T. soir = 38°7. Injection utérine.

18 août. — Irrigation continue pendant quatre heures cessée car la femme délire. P. = 180. Frissons, sensation d'étouffement. Toux saccadée.

Soir : T. = 39°2. P. = 140. — Vomissements brun clair avec quelques filets de sang.

19 août matin. — T. = 39°2. P. = 120, bien frappé.

La température oscille ensuite entre 39 et 40 degrés, le pouls entre 112 et 160.

La femme meurt le 28 août à 1 heure soir.

*Autopsie.* — La face interne de l'utérus est recouverte d'un abondant putrilage gris verdâtre. Streptocoques dans le sang.

1622 de 1901. — *Accidents fébriles. — Curettage.*

V... Marie, dix-huit ans, cartonnière, II-pare.

Accouchement spontané dans la rue, le 16 septembre.

Délivrance complète.

17 septembre. — T. = 38°6 P. = 120. Injection intra-utérine.

18 septembre. — T. = 37°4, P. = 96 ; T. = 39 degrés, P. = 124 le soir. Injection utérine.

19 septembre. — T. = 37 degrés. P. = 104 matin, T. = 38°3 P. = 120 soir. Injection utérine.

20 septembre. — T. = 38°8. P. = 120. Curettage : débris de caduque. T. = 39°4. P. = 124 le soir.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 21 sept. — | T. = 38 | P. = 96 | T. = 39,5 | P. = 124 |
| | | | Injection utérine. | |
| 22 — | T. = 37,6 | P. = 108 | T. = 39,7 | P. = 120 |
| | | | Injection utérine. | |
| 23 — | T. = 38,6 | P. = 104 | T. = 37,6 | P. = 104 |
| | | | Injection utérine. | |
| 24 — | T. = 37,6 | P. = 100 | T. = 38,5 | P. = 120 |
| 25 — | T. = 38 | P. = 88 | T. = 38 | P. = 100 |
| 26 — | T. = 37,6 | P. | T. = 38,2 | P. = 112 |
| 27 — | T. = 38,2 | P. = 100 | | |

28 septembre au 15 octobre. — Pouls et température normaux.

La femme quitte le service en bon état le 16 octobre.

2220 de 1901. — *Albuminurie. — Varices. — Accouchement spontané. — Infection. — Mort.*

M. R..., trente-quatre ans, I-pare.

D. R. : 29-30 mars. H U. = 32 centimètres.

Entre à la salle de travail le 31 décembre à 3 heures du matin Quantité notable d'albumine dans les urines.

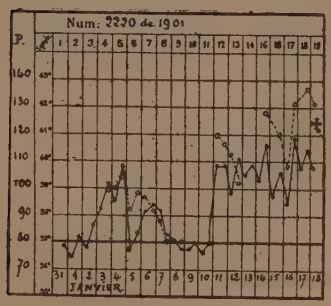
Expulsion spontanée, à 4 heures du matin, d'un garçon de 3.110 grammes.

Délivrance naturelle, quarante minutes après l'accouchement.

3 janvier. — T. matin = 38°2. P. = 100.

T. soir = 39 P. = 104. Injection intra-utérine.

4 janvier. — Même température. Eschares au niveau de la vulve, attouchement à la teinture d'iode.




5 au 10 janvier. — T. oscille entre 37 et 38.

11 janvier au matin. — Ascension brusque à 39°9. P. = 116.

12 au 16 janvier. — Oscillation entre 39 degrés et 40°6. Injections vaginales répétées et prolongées.

16 janvier. — 500 grammes de sérum artificiel.

16 au 18 janvier. — T. oscille entre 39 et 40°6 et P. entre 130 et 136.

Mort le 18.

Examen bactériologique : Streptocoque dans contenu utérin et dans liquide péritonal.

56 de 1902. — *Avortement. — Accidents fébriles. — Curettage.*

C... Louise, vingt-quatre ans, IV-pare.

*Grossesses antérieures.* — Première : avortement ; deuxième et troisième : accouchements normaux.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : (?)

11 janvier. — Depuis trois mois environ, la femme perd constamment du sang. Elle arrive à la clinique Baudelocque perdant du sang en assez grande quantité. Elle expulse un embryon de 20 grammes. P. = 104. T. = 37°2. Le placenta est décollé en partie, la femme perd peu de sang.

12 janvier. — T. = 39°4. P. = 120. Lochies fétides. On

essaie le curage digital. Débris fétides. Injection intra-utérine. T. = 40°4. P. = 120.

Soir : T. = 38°4. P. = 108.

*Curettage*. Injection intra-utérine.

Suites normales.

534 *bis* de 1902. — *Avortement fait en ville. — Femme entrée en pleine infection. — Température = 40°. Pouls = 150. — Curettage. — Mort trente-six heures après l'entrée.*

M. A..., vingt-trois ans, II-pare.

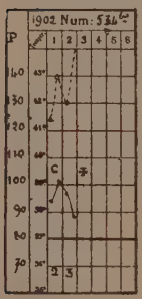
Entre à la salle de travail le 2 avril à 1 heure soir.

Premier accouchement à six mois.

*Grossesse actuelle*. — D. R. : 24-28 décembre.

Avortement le 31 mars.

A l'entrée : état grave, facies grippé, ventre douloureux, utérus ouvert. Débris de membranes dans le col ; ils ont une odeur infecte. T. = 39°4. P. = 124.




Albumine dans les urines.

Sérum A : 40 grammes. Glace sur le ventre.

2 avril. — Chloroforme. *Curettage*. Badigeonnage à la teinture d'iode.

3 avril. — Sérum A : 40 grammes.

5 heures soir : Accès d'étouffement. Oxygène. Ether. Caféïne.

7 heures soir : Pouls incomptable. Vomissements.

11 heures soir : Mort.

849 de 1902. — *Accouchement spontané. — Septicémie streptococcique. — Mort au quinzième jour*

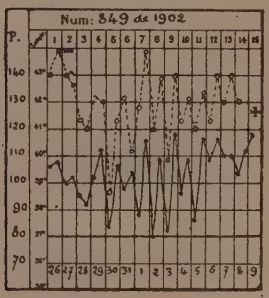
C..., vingt-neuf ans, IV-pare.

Trois accouchements spontanés à terme.

*Grossesse actuelle :*

25 mai. — Accouchement normal ainsi que la délivrance. Après : T. = 37°5. P. = 80.

26 mai, matin. — T. = 39°6. P. = 140. Injection utérine. Etat général mauvais. Facies terreux. Langue sale. P. = 140. Diarrhée




Soir : T. = 39° 8. P. = 156.

27 mai. — Ventre souple non douloureux. T. = 39. P. = 140. Injection intra-utérine.

28 mai. — T. = 38°6. P. = 120. Purgatif. Selles fétides.

Jusqu'au 3 juin. — Injection quotidienne de sérum A. variant entre 30 et 80 grammes.

3 juin. — Etat général mauvais. Pas de douleurs. Diarrhée jaune fétide. P. = 108-140.

Séro-diagnostic négatif (M. Widal). Streptocoque dans le sang.

8 juin. — Urines : 500 grammes (Albumine et cylindres graisseux). Crises d'étouffement dans la journée.

9 juin à 3 heures. — Mort.

1277 de 1902. — *Accouchement spontané. — Infection puerpuérale. — Irrigation continue. — Péritonite. — Mort.*

D. P..., dix-neuf ans, II-pare.

Premier accouchement normal.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : 26-28 octobre.

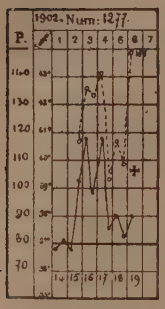
Entre le 6 juillet à la clinique Baudelocque à cause d'une présentation transversale.

Début du travail : le 12 août à 4 heures du soir.

Accouchement : le 13 août à 1 h. 50 matin.

Expulsion spontanée du placenta, cinq minutes après l'accouchement. T. = 37°4. P. = 96.

*14 août.* — T. = 36°8 et 37°1.




*15 août.* — T. matin. = 36° 8. A 6 heures soir, grand frisson. T. = 39°3. P.= 116. Injection utérine de 15 litres (débris de membranes).

*16 août.* — T. matin. = 40°8. P. = 138. Frisson, sueurs. Injection utérine de 20 litres.

10 h. 30 matin : Céphalée. Grand frisson.

Irrigation continue : liquide à 38 degrés ; eau phéniquée à 1/600.

11 heures : T. = 41 degrés. P.= 146.

12 h. 45 : Grand frisson. T. = 42°2. P. = 136.

1 h. 35 : Vomissements bilieux. Agitation. On cesse l'irrigation.

2 heures : T. = 42 degrés. P. = 136.

4 heures soir : On recommence l'irrigation.

6 heures : T. = 38°8. P. = 132. R. = 36.

Minuit : L'irrigation est suspendue.

Urines acajou : 1/2 litre dans les vingt-quatre heures.

*17 août*, 2 heures matin. — T. = 37 degrés. P. = 100.

4 heures : T. = 38°5. P. = 124. On recommence l'irrigation.

7 h. 45 : Grand frisson.

9 heures : T. = 40°8. P. = 142. R. = 36.

9 h. 10 : Agitation. Transpiration. Cessation de l'irrigation. morphine.

9 h. 45 : On reprend l'irrigation.

2 heures soir : T. = 37°8. P. = 112.

4 heures : Le liquide de l'irrigation est à 1/900.

6 heures : T. = 37°5. P. = 104.

8 h. 15 : Irrigation suspendue.

8 h. 45 : Petit frisson.

9 heures : Agitation.

9 h. 30 : Vomissements.

Minuit : T. = 41°5. P. = 140. Agitation. Morphine.

*18 août*, 1 heure matin. — T. = 40°8. P. = 132. Irrigation reprise à 1/900.

5 heures : T. = 38°8. P. = 124.

8 heures : T. = 38 degrés. P. = 116.

1 h. 35 soir : Frisson.

9 heures : T. = 37°3. P. = 108. Irrigation interrompue.

*19 août*, 2 heures matin. — T. = 37°2. P. = 104.

2 h. 30 : Frisson.

4 heures : T. = 40°4. P. = 136. Grande agitation. Selles noires et fétides.

4 h. 20 : Irrigation reprise, douleurs abdominales violentes. Agitation. Cris. Dyspnée. On cesse l'irrigation.

5 h. 25 : Vomissements verts. Dyspnée.

9 heures : T. = 38 degrés. P. = 156. R. = 40.

Midi : T. = 38°6. Pouls incomptable.

2 heures : Coma.

4 heures : Mort.

Du 16 au 19, aucun symptôme local pouvant faire penser à l'évolution d'une péritonite, ventre souple, non ballonné, non douloureux à la pression même profonde.

*Autopsie.* — Péritonite généralisée. — Utérus propre.

1389 de 1902. — *Femme entrée à la clinique en période d'expulsion.* — *Phénomènes de péritonite une heure après l'accouchement.* — *Laparotomie et hystérectomie immédiates.* — *Mort.*

H. C..., vingt ans. II-pare.

Premier accouchement normal.

*Grossesse actuelle.* — D.R. : 15-18 décembre.

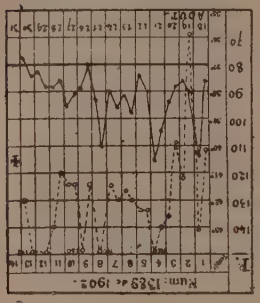
Cette femme est amenée à la clinique le 17 septembre à 8 h. 50 soir, la tête est à l'orifice vulvaire. Cinq minutes après : expulsion d'un garçon vivant.

Délivrance normale.

Dès l'entrée, le facies est légèrement grippé. T. = 36 degrés. P. = 104.

Une demi-heure après l'accouchement : agitation, frisson violent, douleur intense dans le côté droit du ventre. T. = 38,4. Pouls oscille entre 108 et 120.

Ces phénomènes disparaissent, puis se reproduisent environ toutes les deux heures.



18 septembre. T.— = 37,6. P.= 108. Ventre douloureux, défense de la paroi. Glace sur le ventre. Morphine. T. soir = 40,4. P. = 144. R. = 28.

Minuit : T. = 39,2.

19 septembre, 4 heures matin — T. = 40,4.

8 heures : T. = 37,4. P. = 60. R. = 34.

9 heures : Frisson. Laparotomie. Au moment de l'intervention l'état de la femme s'est aggravé. Pouls incomptable. Face cyanosée.

Sérum : 1.000 grammes.

Soir : T. = 37,5. P. = 120. Morphine.

20 septembre, 8 heures matin. — T. = 37,8. P. = 104. R. = 36.

Soir : T. = 38,4. P. = 132.

21 septembre, matin. — T. = 39,2. P. 140. R. 36. Grand frisson à 9 heures avec : T. = 40,7. P. = 160.

Soir : T. 40,4. Frisson. Nuit calme.

22 septembre, matin. — T. = 38 degrés. P. = 132. R. = 28.

Soir : T. = 37,4. P. = 132. R. = 36. Nuit agitée. Diarrhée.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 23 sept. | matin. — | T. = 38,8 | P. = 126 | | |
| | soir | T. = 38,2 | P. = 124 | | |
| 24 — | matin | T. = 38,6 | P. = 128 | | |
| | soir | T. = 38,3 | P. = 120 | | |
| 25 — | matin | T. = 40 | P. = 160 | | |
| | soir | T. = 38,3 | P. = 132 | | |
| 26 — | matin | T. = 37 | P. = 120 | | |
| | soir | T. = 37,7 | P. = 160 | | |
| 27 — | matin | T. = 38,1 | P. = 120 | R. = 28 | |
| | soir | T. = 38,4 | P. = 120 | R. = 32 | |
| | | | | Nuit agitée. Diarrhée. | |
| 28 — | matin | T. = 37,6 | P. = 118 | | |

soir T. = 37,8 P. = 144. Morphine.

29 — matin T. = 37,8 P. = 152. Caféine. Sérum : 500 grammes.

soir T. = 37,3

30 — matin T. = 37,4 P. = 156. Ether. Caféine. Huile camphrée. Sérum. Syncopes (4).

soir T. = 36,8 P. = 130. R. 30

31 — Mort à 5 heures matin.

*Autopsie.* — Phlébite des veines utéro-ovariennes. Abcès à 3 centimètres au-dessus de l'endroit de la ligature.

Epiploon et anses intestinales réunies par des fausses membranes.

1610 de 1902. — *Insertion vicieuse du placenta. — Hémorragies pendant la grossesse et le travail. — Suites de couches fébriles.*

B... Louise, trente ans, corsetière, I-pare.

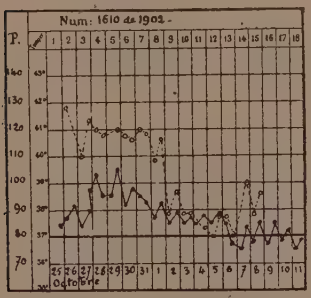
D. R. : 4 février.

Evolution normale de la grossesse jusqu'en août où elle eut une perte de sang de quelques heures.

D'août en octobre, hémorragies peu abondantes se reproduisant à quinze jours d'intervalle environ.

Une sage-femme conseilla le repos et les injections chaudes, le traitement fut suivi à chaque hémorragie.

24 octobre. — Nouvelle hémorragie pour laquelle la femme fut amenée à la Clinique à 2 heures soir.




Pas d'hémorragie à l'arrivée. P. = 112, bien frappé. Injections chaudes.

4 h. 30 soir : P. = 100. La femme ne perd pas.

25 octobre 3 h. 45 matin. — Nouvelle hémorragie. P. = 128. Rupture large des membranes.

4 heures matin : P. = 132. Introduction d'un ballon de Champetier de Ribes. Injection de 100 grammes de sérum. Le pouls redescend à 112.

7 heures matin : P. = 104.

10 heures : Application de forceps. Enfant mort.

Délivrance artificielle immédiate après la délivrance P. = 140.

Injection sous-cutanée : 100 grammes de sérum artificiel.

Piqûre d'éther, inhalations d'oxygène. La dyspnée disparaît, le pouls descend à 120. La cyanose cesse.

Midi : état général satisfaisant.

Le placenta était inséré au niveau de l'orifice interne.

Suites de couches pathologiques : Injection utérine le troisième jour.

La mère quitte le service en bon état.

1856 de 1902. — *Suites de couches fébriles. — Curettages. Irrigations continues. — Streptocoque dans le sang.*

V... Félicie, vingt-sept ans, 1-pare.

D. R. : 5-8 avril.

Pas d'albumine.

Accouchement normal au huitième mois le 5 décembre.

Délivrance : Caduque retenue.

*Suites de couches.* — 6 décembre. — T. = 36,9 matin et soir.

7 décembre — Matin : T. = 36,9, soir : T. = 37,6.

8 décembre matin. — : T. = 38,8. P. = 112.

— soir T. = 40,8. P. = 120.

La femme est transportée à l'isolement. Irrigation continue. Solution phéniquée à 1/600. T. = 38 degrés à l'arrivée à l'isolement.

Après introduction de la sonde : P. = 120. T. = 39,9.

Champagne glacé. — Lait.

9 h. soir : P. = 120 T. = 37,8. R. 32.

10 — P. = 116 T. = 39,4. Quinine.

11 — P. = 112 T. = 39,3. la malade est calme.

Minuit : P. = 112 T. = 39,2.

*9 déc.* — 1 h. matin : P. = 108 T. = 37,6. Transpiration.

2 h. — P. = 112 T. = 37,2.

3 h. — P. = 104 T. = 37,7.

4 h. — P. = 104 T. = 38,4.

5 h. — P. = 104 T. = 38,6.

6 h. — P. = 108 T. = 38,8. Quinine.
7 h. — La malade repose. Transpiration.
8 h. — P. = 104 T. = 38
9 h. — P. = 104 T. = 37,8.
10 h. — P. = 108 T. = 38,8.
11 h. — P. = 116 T. = 38,2.
Midi — P. = 108 T. = 38,2.
Urines abondantes.
1 h. soir : P. = 102 T. = 39,2. Quelques débris de caduque sont ramenés par le liquide de l'irrigation.
2 h. soir : P. = 104 T. = 38,7. La malade s'agite.
3 h. — P. = 108 T. = 38,8.
4 h. — P. = 108 T. = 38,8. Transpiration.
5 h. — Transpiration abondante.
6 h. — P. = 108 T. = 37,6.
7 h. — P. = 104 T. = 37,6.
7 h. 30 P. = 104 T. = 37,6. *Grand frisson* d'une demie-heure. Diarrhée abondante et fétide. Groogs. Linges chauds. On retire la sonde.
8 h. soir : P. = 120 T. = 39,5. Transpiration. Vomissements. Miction. Agitation.
On réintroduit la sonde. Solution phéniquée à 1/900. Quinine.
10 h. soir P. = 108 T. = 38 Champagne glacé.
11 h. — P. = 108 T. = 37,8.
Minuit P. = 104 T. = 37,6. Douleurs abdominales. Agitation. Morphine.
*10 déc.* — 1 h. matin P. = 108 T. = 37,3.
2 h. — P. = 100 T. = 37,2. Transpiration.
3 h. — P. = 108 T. = 37,7. Champagne glacé. Quinine.
4 h. — P. = 104 T. = 37,4.
5 h. — La femme repose, et dort trente minutes.
5 h. 15 Urines. Transpiration abondante.
6 h. — P. = 96 T. = 37
7 h. — P. = 92 T. = 37 Urines.

8 h. — P. = 92 T. = 37
9 h. — P. = 92 T. = 36,9.
10 h. — P. = 96 T. = 36,9. L'irrigation est suspendue.

Midi : P. = 96. T. = 39 degrés. Potage. La femme urine.

3 heures soir : P. = 100. T. = 37,6.

5 heures soir : P. = 108. T. = 38,3 — Injection intra-utérine de 20 litres (sol. phéniq. à 1/600 à 38). Injection sans aucune pression. On ramène une grande quantité de lambeaux et de membranes fétides.

Ventre non douloureux.

8 heures soir : P. = 112. T. 39,5. Soif intense.

10 h. 30 : *Curettage*. P. = 120. T. = 39,3. On ramène une grande quantité de membranes. Caduque épaissie siégeant surtout dans la corne droite. Injection intra-utérine. Badigeonnage à la teinture d'iode. Mèche de gaze dans l'utérus.

11 h. 30. — P. = 120. T. = 39,2. Glace sur le ventre.

*11 décembre*. 8 heures matin. — La femme se trouve mieux, elle est calme, mais n'a pas dormi. P. = 96. T. = 37,2.

4 heures soir : On retire la mèche utérine. Injection intra-utérine de 20 litres, ramenant des débris de caduque. Liquide rougeâtre.

*12 décembre*. — Nuit assez calme. Deux injections à l'aniodol dans la nuit. Glace sur le ventre.

8 heures, matin : P. = 118. T. = 39 degrés. Injection vaginale de 4 litres. Céphalée. Lochies fétides.

9 h. 30 matin : P. = 120. T. : 39,4. Injection.

10 h. 30 matin : Reprise de l'irrigation continue. Solution à 1/600.

11 h. 15 matin : T. = 39,5. Débris fétides dans le liquide. P. = 120.

11 h. 30 matin : P. = 120. T. = 39,5.

Midi : Le liquide phéniqué est ramené à 1/900

1 heure soir : P. = 120. T. = 39,2.

2 heures soir : P. = 120. T. = 39,3

3 heures soir : Grand frisson (quarante minutes). Grogs. Linges chauds. Agitation. On *suspend l'irrigation*.

3 h. 45 soir : Pouls incomptable T.= 41 degrés. Agitation. La femme est changée de lit. Linges chauds. Transpiration abondante.

4 heures. P. : 160. T. = 40,5. Quinine.

5 heures. P.= 132. T. 39,2. Agitation.

5 h. 15 soir : La femme est *remise à l'irrigation continue* Liquide fétide. Morphine. Surdité très accentuée.

6 heures P. = 106. T. = 37,8.

7 heures soir : La femme repose un peu.

8 heures soir : P. = 116. T. = 37

9 heures soir : P. = 112. T. = 36,8

10 heures soir : P. = 104. T. = 37

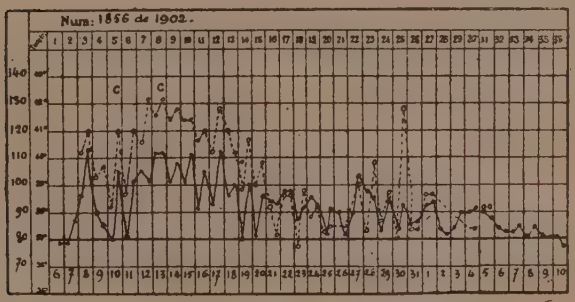
11 heures soir : P. = 92. T. = 36,7

Minuit : P. = 92. T. = 36,5

La femme est calme et repose. Transpiration.

*13 décembre*, minuit 1/2. — La malade urine.

1 heure matin : P. = 92 T. = 36,6




2 heures matin : P. = 92 T. = 36,4. *Irrigation suspendue.*

3 heures matin : P. = 92 T. = 36,6.

La malade repose jusqu'à 5 heures.

5 heures du matin : Frisson (vingt minutes). Aussitôt après P. = 148. T. = 40,2. Transpiration. Miction.

6 heures matin : On reprend l'irrigation avec solution phéniquée à 1/1200.

6 h. 15 : P. = 128. T. = 39,6. La malade a pris dans la nuit 2 litres de lait et 1 litre eau de Vichy.

Trois mictions. Urine épaisse, couleur café au lait.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 7 h. | matin : | P. = 132 | T. = 40,2 | Quinine. |
| 9 | — | P. = 124 | T. = 40 | Calme. |
| 10 | — | P. = 120 | T. = 39 | |
| 11 | — | P. = 120 | T. = 39 | |
| Midi | | P. = 124 | T. = 40 | Miction. |
| 1 h. | soir : | P. = 128 | T. = 40,1 | |
| 2 | — | P. = 128 | T. = 40,1 | |
| 3 | — | P. = 128 | T. = 39,8 | |

Prise de sang qui, cultivé, donne un culture pure de streptocoque.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 4 h. | soir : | P. = 132 | T. = 40 | Quinine. |
| 5 | — | P. = 128 | T. = 40 | On *cesse irrigation.* |

5 h. 20 — *Curettage* par M. Delestre. Débris de caduque. Injection intra-utérine. Badigeonnage à la teinture d'iode.

6 h. soir : P. = 120. T. = 39,5. Lavement. Garde-robe abondante.

6 h. 30 — *Reprise de l'irrigation continue.* Liquide à 1/1200.

7 h. soir : P. = 132. T. = 40,1 Miction.

8 — P. = 136. T. = 41

Miction. Garde-robe. Agitation. Morphine.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 9 h. | soir : | P. = 120 | T. = 39,1 | |
| 10 | — | P. = 120 | T. = 38,9 | Transpiration. |
| 11 | — | P. = 120 | T. = 38,6 | Transpiration. |

La malade est toujours agitée.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Minuit : | | P. = 116 | T. = 38,4 | Transpiration. |

*14 décembre.* — 1 heure matin. P. = 112. T. 38.

2 h. matin : la malade repose. Transpiration.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 2 h. 30 | — | P. = 108 | T. = 37,4 | |
| 3 | — | P. = 112 | T. = 37,8 | Miction. |
| 4 | — | P. = 112 | T. = 37,5 | |

Agitation. Morphine Lait et eau de Vichy en grande quantité.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 5 h. | matin : | P. = 120 | T. = 37,9 | |
| 6 | — | P. = 120 | T. = 38,5 | La malade repose un peu. Cauchemars. Miction. |
| 7 h. | matin : | P. = 112 | T. = 38,9 | |
| 8 | — | P. = 124 | T. = 39,1. | R. = 32. Agitation. |
| 9 | — | P. = 124 | T. = 39,2 | Quinine. |
| 10 | — | P. = 128 | T. = 39,2 | |
| 11 | — | P. = 120 | T. = 38.9 | |
| Midi. | Miction. | P. = 120 | T. = 38,5 | |
| 1 h. | soir : | P. = 120 | T. = 38,5 | Café. |
| 2 | — | P. = 128 | T. = 38,8 | |
| 3 | — | P. = 132 | T. = 38,6 | Quinine. Café. |
| 4 | — | P. = 128 | T. = 39,3 | Agitation. Miction. |
| 5 | — | P. = 128 | T. = 39,7 | Sérum Antist. : 30 grammes. |
| 6 | — | P. = 128 | T. = 39,6 | |
| 7 | — | P. = 128 | T. = 39,4 | |

7 h. 45 : *On suspend l'irrigation.* La femme est changée de lit. Linges chauds. Morphine.

P. = 128 T. = 39,6

La malade est calme jusqu'à 10 heures soir. Agitée le reste de la nuit, elle se plaint de céphalée : douleur du côté gauche.

Minuit : Nausées. Injection vaginale à l'aniodol (4 litres).

*15 décembre.* — 1 h. matin. P. = 132. T. = 39,5.

4 h. Injection vaginale de 4 litres.

5 h. Miction. P. = 116. T. = 39,2. Grogs. La malade a bu très peu de lait et d'eau de Vichy, car après elle se plaint d'étouffement et de douleurs d'estomac.

8 heures matin : Agitation. Douleurs spontanées et à la pression dans les membres inférieurs. Elle ne peut supporter les couvertures. P. = 128, T. = 39,2.

9 heures matin : Sérum antistreptococcique : 40 grammes.

Quinine. Injections vaginales toutes les quatre heures, alternativement à l'aniodol et au bi-iodure de Hg.

Midi : P. = 124. T. = 40,2. Agitation. Lait. Eau de Vichy et café.

3 heures soir : P. = 120. T. = 40 degrés. Nausées. Quinine.

4 heures : Injection vaginale de 4 litres. Miction abondante. Lochies légèrement fétides.

6 heures : P. = 124. T. = 40 degrés. Lavement. Garde-robe. Injection vaginale de 4 litres au bi-iodure de Hg. Sérum antistreptococcique : 40 grammes. Hoquet. Nausées.

8 h. 30 : P. = 128. T. = 39,2. Agitation. Morphine. Urines des vingt-quatre heures : 1 litre et demi.

11 heures soir : P. = 104. T. = 38,9. Miction.

*16 décembre.* — Jusqu'à 3 heures matin : agitation, sueurs abondantes.

Elle repose de 3 heures à 8 heures.

Injection vaginale de 4 litres.

5 heures matin : P. = 108. T. = 37,9.

8 heures matin : P. = 116. T. = 38 degrés.

9 heures matin : Sérum antistreptococcique : 40 grammes. Malade calme. Injections vaginales toutes les deux heures ramenant des débris.

Midi : P. = 112. T. = 38,3.

3 heures soir : T. = 39,5. Quinine. Injection vaginale de 4 litres.

6 heures soir : P. = 120. T. = 39,7.

7 heures soir : Lavement. Garde-robe abondante.

8 heures soir : P. = 128. T. = 40,3. Sérum antistreptococcique : 40 grammes. La malade a été calme toute la journée.

Quantité d'urines des vingt-quatre heures : 1 litre. Les urines sont moins noires,

Minuit : T. = 40 degrés. Injection vaginale à l'aniodol.

*17 décembre.* — La nuit à été calme. Elle a reposé. Lait. Eau de Vichy. Grogs.

Une miction abondante.

6 heures matin : T. = 38,6.

8 heures matin : P. = 112. T. = 38,1.

9 heures matin : Sérum antistreptococcique : 40 grammes. Quinine. Injections vaginales toutes les deux heures (aniodol ou bi-iodure de Hg.)

Midi : P. = 116. T. = 38,5. Urines des vingt-quatre heures : 1 litre et demi.

3 h. 30 soir : Grand frisson (trente minutes). P. = 140. T. = 40,7. Grogs. Sueurs.

5 heures soir : P. = 136. T. = 40,5. Quinine.

7 heures soir : P. = 128. T. = 40 degrés.

9 heures soir : P. = 120. T. = 39 degrés. Sérum antistreptococcique : 40 grammes. Sueurs. Grogs.

*18 décembre.* 1 heure matin. — Agitation. Morphine. P. = 116. T. = 38,8. Injection vaginale.

6 heures matin : P. = 120. T. = 38,6. La malade n'a pas reposé de la nuit. Elle est très agitée.

8 heures matin : P. = 120. T. = 38,6.

9 heures matin : Morphine. Injections vaginales toutes les deux heures. La malade est plus calme. Le pouls est régulier, Langue humide et rouge.

Midi : P. = 116. T. = 39,2.

3 heures soir : P. = 116. T. = 39,2. La malade est calme, mais ne dort pas.

Lait. Eau de Vichy. Café. Grogs.

Injections vaginales fréquentes. Il n'y a plus de fétidité. Le liquide revient clair.

6 heures soir : P. = 116. T. = 39 degrés. Potage.

Urines des vingt-quatre heures : 1 litre et demi.

*19 décembre.* — La nuit a été calme. La malade a reposé un peu.

6 heures matin. P. = 100. T. = 37,2.

8 heures matin. P. = 100. T. = 37 degrés. Malade calme. Facies bon. Langue humide.

Urines : pas d'albumine.

Injections vaginales fréquentes.

6 heures soir : P. = 108. T. = 38,8.

Urines des vingt-quatre heures : 1 lit. 25.

Jus de viande. Potage. Lait. Eau de Vichy.

*20 décembre*. — Nuit calme.

8 heures matin : P. = 92. T. = 38,4.

Injections vaginales fréquentes.

Midi : P = 92. T = 37,6. Lait. Potages. Eau de Vichy. Jus de viande.

Urines des vingt-quatre heures : 1 litre et demi.

La femme quitte le service, le 20 janvier, en bon état.

1919 de 1902. — *Accidents fébriles.*

C... Marie, vingt-cinq ans, I-pare.

Entre à la clinique le 16 décembre 1902, 6 heures matin.

Rupture précoce.

D. R. : 8 au 11 mars. H U. 32 centimètres. Pas d'albumine.

Accouchement normal.

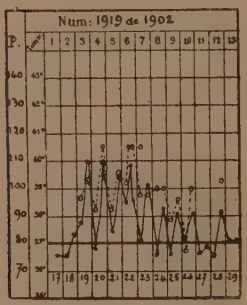
Délivrance normale.

Injection utérine de 20 litres le 19 décembre 1902 à 10 heures soir, on ramène un grand lambeau de caduque.

20 décembre. — Température 36°7. P. = 92. Injection vaginale de 4 litres ; 0 gr. 25 de sulfate de quinine.

9 heures soir : Injection utérine 15 litres. P. = 116. T. = 39°2. 40 centimètres cubes de sérum.

21 décembre, 7 heures matin. — P. = 92. T. = 37°6. Injection vaginale de 4 litres alternativement à l'aniodol et au bi-iodure de Hg.




4 heures soir : Pouls = 108. T. = 39°6. Injection vaginale prolongée. 40 centimètres cubes de sérum antistreptococcique.

8 heures soir : Injection utérine 12 litres. Epistaxis.

22 décembre, 7 heures matin. — P. = 124. T. = 38°5. Lymphangite au niveau de la piqûre de sérum.

Injection de 4 litres.

3 heures soir : P. = 116. T. = 39°8.

5 heures soir : Prise de sang par M. Widal. P. = 112. T. = 38°6.

A partir du 29 décembre : Température normale.

La femme quitte le service le vingt-deuxième jour.

1920 de 1902. — *Accidents fébriles. — Curettage.*

P... Céline, vingt et un ans, I-pare.

Entre à la clinique le 16 décembre à 1 h. 30 matin.

Rupture précoce des membranes.

D. R. : 17-20 mars. — H U. = 33 centimètres. Pas d'albumine

Accouchement normal.

Délivrance normale.

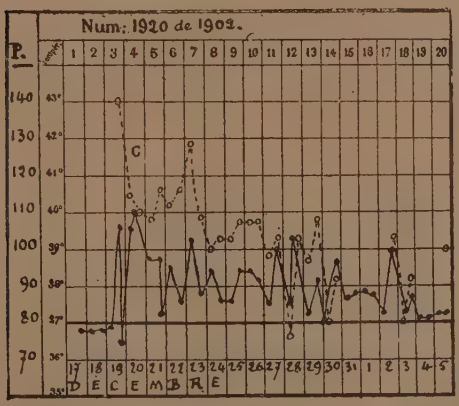
19 décembre. — Lymphangite du sein gauche. Compression. Injection utérine de 2 litres au bi-iodure. Col largement ouvert. liquide seulement teinté. 0 gr. 50 de quinine.

20 décembre, 6 heures matin. — T. = 39,5. P. = 124. 0 gr. 25 de sulfate de quinine ; injection intra-utérine : 18 litres.

Midi : P. = 120. T. = 39,9. Injections toutes les deux heures : 4 litres de bi-iodure.

4 heures soir : T. = 40. P. = 120, injection utérine de 15 litres. 0 gr. 25 de sulfate de quinine.

9 heures soir : T. = 39,2. P. = 120, après un *curettage* instrumental fait par M. Delestre à 7 heures du soir qui ramène des débris de caduque extrêmement épaissie. Sérum antistrept. 40 centimètres cubes.




21 décembre, 7 heures matin. — T. 38,8. P. = 108. 0 gr. 25 de sulfate de quinine.

Midi : injection intra-utérine très chaude : 12 litres.

4 heures soir : T. = 38,8. P. = 116. Lavement : garde-robe abondante. Température après = 37,3.

22 décembre, 7 heures matin. — T. = 38,8. P. = 112 : 40 cen-

timètres cubes de sérum antistreptococcique, injection vaginale.

4 heures soir : Prise de sang par M. Widal. P. = 116. T. = 37·8.

23 décembre, 7 heures matin. — P. = 118. T. = 39,2. Injection vaginale : 8 litres ; lavement à 3 heures. P. = 108. T. = 37,9.

6 janvier. — Œdème de la jambe droite. Immobilisation. Compresses au chlorhydrate d'ammoniaque. On met la jambe dans une gouttière.

La femme quitte le service malgré les avis donnés.

1922 de 1902. — *Accidents fébriles. — Curettage. Irrigation continue.*

C... Marie, I-pare, dix-neuf ans.

Entre à la clinique le 16 décembre 1902 à 1 heure soir.

Rupture des membranes spontanée tempestive.

D. R. ; Début de mars. HU. = 32 centimètres. Pas d'albumine.

Accouchement normal.

Délivrance normale.

*19 décembre*. — Injection utérine de 20 litres. L'utérus est complètement en antéversion. Col très en arrière. La cavité utérine est remplie de caillots ramenés par l'injection.

*20 décembre*. — P. = 108. T. = 39,5. Injection de 20 litres, liquide rosé.

Midi : T. = 38,8. P. = 96.

4 heures soir : T. = 39,8. P. = 104. *Curettage*, débris nombreux.

9 heures soir : T. = 38,7. P. = 116. Sérum antistreptococcique : 40 centimètres cubes.

Minuit : T. = 38,8. P. = 116.

*21 décembre*, 7 heures matin. — P. = 104. T. = 38,3.

Midi : On retire la mèche utérine. Injection intra-utérine très chaude (15 litres).

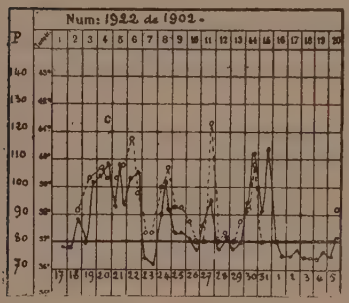
4 heures soir : P. = 108. T. = 39,6. Lavement : garde-robe abondante. Après P. = 38,3.

*22 décembre*, 7 heures matin. — T. = 39,3. P. = 116. Nuit

bonne. Céphalée. Injection utérine de 12 litres. Sérum antistreptococcique : 40 centimètres cubes.

Midi : T. = 38,6. P. = 108.

2 heures soir : T. = 39,5. P. = 104.




La femme est mise à l'irrigation continue. (Eau phéniquée à 1/600.)

2 h. 1/2 : P. = 108. T. = 38,2.

3 h. 1/2 : P. = 94. T. = 37,4.

4 h. 1/2 : P. = 100. T. = 38,1.

5 h. 1/2 : P. = 96. T. = 39,6. Frisson peu violent (vingt minutes). Pas d'agitation.

P. = 128. T. = 40,4 Après le frisson.

6 h. 1/2. P. = 128. T. = 41 degrés. La femme est calme ; transpiration abondante. Linges chauds.

8 heures : P. = 116. T. = 39,8.

9 heures : P. = 124. T. = 39,6.

10 heures : P. = 120. T. = 38,6.

11 heures : P. = 116. T. = 38,1.

12 heures : P. = 108. T. = 38,2.

*23 décembre*, 2 heures. — P. = 96. T. = 36,6. La température ayant baissé on emploie alors l'eau phéniquée à 1/900.

3 h. 1/2 : P. = 96. T. = 36.

5 heures : P. = 88. T. = 36,4.

6 heures : P. = 84. T. = 36,4.

On cesse l'irrigation.

7 h. 1/2 : P. = 84. T. = 36. Urines : 1 litre 1/4. Claires.

Respiration régulière oscillant entre 24 et 28.

Midi : T. = 36 degrés.

5 heures soir : T. = 36 degrés. P. = 84.

La malade a dormi presque toute la journée.

*24 décembre*, 7 heures matin. — T. = 38 degrés. P. = 100. Injections vaginales fréquentes.

1 heure soir : T. = 39,2.

9 heures soir : T. = 38 degrés. P. = 100. Calomel : 0,40.

La femme quitte le service en bon état le 10 janvier.

1944 de 1902. — *Rupture prématurée des membranes trois jours avant l'accouchement. — Lenteur de la période de dilatation. — Expulsion d'un fœtus mort pendant le travail. — Fétidité. — Irrigation continue. — Durée du travail : quarante-cinq heures.*

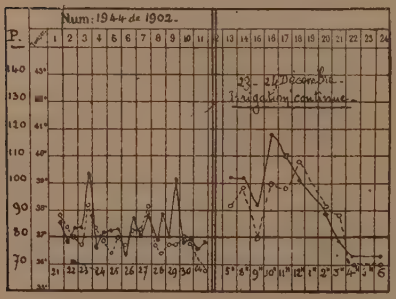
M. B..., vingt-six ans, journalière, II-pare.

II-pare présentant des traces d'albumine.

Début du travail : 18 septembre à 5 heures matin. Les membranes étaient rompues depuis le 17. P. = 88.

19 décembre, 8 heures matin. — Le col est effacé, la dilatation est de 2 francs. P. = 84.

8 h. 1/2 soir : T. = 38,9. P. = 112. Dilatation de 5 francs.




20 décembre, 2 heures matin. — Dilatation complète. Expulsion d'un enfant mort.

Délivrance spontanée cinq heures après l'accouchement. Le placenta est fétide. Physométrie. P. = 108. T. = 37,8.

Jusqu'au 22 décembre matin la température oscille entre 37 et 37,5. Le pouls oscille entre 72 et 88.

Lochies extrêmement fétides.

22 décembre, 5 heures soir. — T. = 39,2. P. = 92. Irrigation continue.

8 heures soir : T. = 39,2. P. = 98.

9 heures soir : T. = 38,4. P. = 80.

10 heures soir : Frisson de quarante-cinq minutes. P. = 100. T. = 40,8.

11 heures soir : T. = 40. P. = 98.

23 décembre, minuit. — T. = 39,2. P. = 108.

2 heures matin : T. = 37,8. P. = 92.

3 heures 1/2 matin : T. = 36,8. P. = 88.

5 heures matin : T. = 36,4. P. 64.

6 heures matin : T. = 36,2. P. 64. L'irrigation est arrêtée.

La température redevient normale à partir du 29 décembre

La femme quitte le service en bon état le 10 janvier.

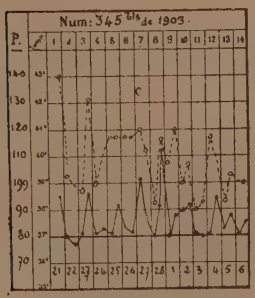
345 *bis* de 1903. — *Avortement au quatrième mois. — Rétention placentaire. — Curage digital. — Curettage.*

S... Dolorès, trente-trois ans, III-pare.

Deux grossesses antérieures normales.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : 16-22 octobre.

La grossesse évolue normalement. Vers le 1er février chute dans un escalier (??).




17 février. — Perte de sang et douleurs apparaissant le 20 février.

21 février. — La femme sent qu'elle perd quelque chose : c'est le fœtus qui se présente par les pieds, elle tire dessus et l'arrache en laissant la tête dans l'utérus. Elle arrive le 140. 21 février à minuit. T. = 38,8. P. =

23 février, à 3 heures soir. — La tête revient avec le liquide de l'injection. Fétidité. T. = 38,8. P. = 132.

8 heures soir : Injection intra-utérine. Placenta adhérent. Perte de sang abondante.

24 février. — Ecoulement séro-sanguin. Fétide.

25 février. — P. = 116. T. = 37,2. Perte de sang et de caillots. Fétidité.

4 h. 30 : Col ouvert comme 5 francs. Curage digital. Placenta a une odeur fétide. Injection intra-utérine.

5 h. 30 : Frisson. P. = 116. T. = 38 degrés.

27 février. — Curettage.

28 février. — Frisson à 8 heures soir. T. = 40,4. Pouls incomptable.

La femme quitte le service le 6 mars, malgré les observations faites. T. = 37,6. P. = 100.

1709 de 1903. — *Rupture prématurée des membranes. — Frissons avant l'entrée à la clinique. — Accouchement spontané. Septicémie puerpuérale. — Mort.*

F. A..., vingt trois ans, I-pare.

Entrée à la salle de travail le 12 octobre à 3 heures soir.

D. R. : 1-3 février.

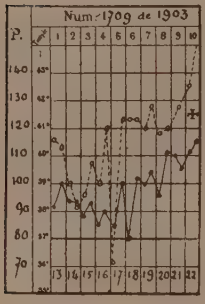
12 octobre, 8 heures matin. — La femme perd de l'eau.

11 heures matin : violents frissons pendant deux heures.

5 heures soir : entrée : P. = 120. T. = 37°9.

6 h. 30 soir : expulsion d'enfant mort.

6 h. 45 : délivrance. Injection intra-utérine. Sérum antistrep. T. = 38°2, P. = 160.




13 octobre. — T. matin = 38°2. P. = 116.

T. soir = 39 degrés. P. = 112. Injection intra-utérine.

17 octobre. — Eruption furonculeuse.

T. matin = 37,6. P. = 72.

T. soir = 39. P. = 124.

18 Octobre. T. matin = 37. P. = 124.

T. soir = 39,2. P. = 124.

21 octobre. — Agitation. Eschares vulvaires.

22 octobre. — Sérum antistrep. Albumine en petite quantité.

T. matin = 39,2. P. = 136.

T. soir = 41,4. P. = incomptable.

La malade succombe à 7 h. 30 soir.

*Autopsie.* — Pas de lésions macroscopiques. Reins un peu congestionnés.

375 de 1904. — *Infection. — Curettage.*

L... Lucie, vingt-huit ans, III-pare.

Premier accouchement : normal.

*Grossesse actuelle :*

Accouchement le 8 mars à 1 heure soir.

9 et 10 mars. — Température normale.

11 mars. — T. matin = 36°8. T. soir = 39,4. P. = 130. Grand frisson. Injection utérine ramenant quelques petits caillots organisés, puis le liquide s'écoule clair.

12 mars. — T. matin = 38,6. P. = 136. Utérus gros et douloureux. Ecoulement lochial fétide. Injection utérine de 12 litres bi-iodure de Hg. Liquide sale au début et ramenant quelques débris.

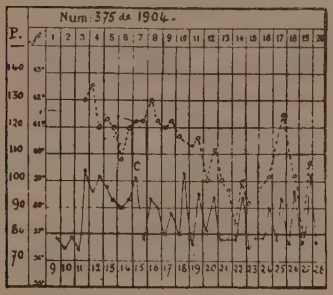
10 heures matin : P. = 120.

7 heures soir : T. = 39,3. P. = 120. Injection utérine de 12 litres à l'aniodol. Liquide chargé de débris de caduque.

13 mars. — T. matin = 38,8. P. = 124. Injection utérine de 15 litres. L'utérus est gros, douloureux. Au niveau de la corne droite, on sent de nombreux caillots dans la cavité. Col béant. L'injection ramène de nombreux caillots. Pendant l'injection, l'utérus se contracte plusieurs fois très énergiquement. T. soir = 38,4. P. = 120.

14 mars. — T. matin = 38 degrés. P. = 108. T. soir = 38,4. P. = 120.

15 mars. — T. matin = 39,1. P. = 124. M. Pinard prescrit de faire un curettage qui est pratiqué par le Dr Cazeaux. On retire des caillots anciens : 40 grammes de caduque épaissie. Pansement. T. soir = 36,8. P. = 124.




16 mars. — T. matin = 38,2. P. = 130. T. soir = 38 degrés. P. = 124.

Injection utérine et drainage avec mèche iodoformée.

17 mars. — T. matin = 37 degrés P. = 120. T. soir = 37,8. P. = 124. Mèche iodofomée.

18 mars. — T. matin = 37 degrés P. = 116. T. soir = 39,3. P. = ? Mèche iodoformée.

Injections vaginales fréquentes.

18 au 28 mars. — La température oscille entre 36,8 et 39 degrés grandes oscillations presque quotidiennes.

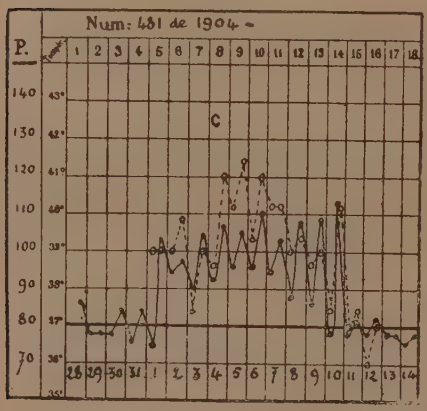
Le pouls oscille entre 100 et 126.

28 mars. — La femme quitte le service malgré les observations faites.

481 de 1904. — *Infection.* — *Curettage.*

H... Julie, vingt et un an, I-pare.

Accouchement normal le 28 mars à 6 h. 40 matin.




1er avril. — Utérus douloureux, lochies fétides.

T. matin = 36°8. P. = 100.

2 heures soir : Frisson. Injection utérine de 12 litres, ramenant, au début des caillots, puis des débris de caduque. Le liquide revient sanglant et fétide jusqu'à la fin de l'injection.

Injections vaginales fréquentes.

T. soir = 39,4 P. = 100.

2 avril. — T. matin = 38,6 P. = 100.

T. soir = 38,8 P. = 108.

Injection intra-utérine matin et soir. Liquide légèrement fétide, pas de débris; mais le liquide revient encore teinté en rouge.

3 avril. — T. matin = 38 P. = 84. Injection vaginale.

T. soir = 39,4 P. = 100. Injection utérine.

4 avril. — T. matin = 38,4 P. = 96. *Curettage.*

Après : T. = 38 P. = 100.

T. soir = 39,8 P. = 120.

5 avril. — T. matin = 38,6 P. = 112. Lavage utérin : 15 litres aniodol.

T. soir = 39,6 P. = 124. Injection utérine : 12 litres aniodol. Liquide sanglant au début.

6 avril. — T. matin = 38,6 P. = 104. Injections vaginales.

T. soir = 40,1 P. = 120. *Id.*

7 avril. — T. matin = 38,6 P. = 112. Purgatif. Selles abondantes.

T. soir = 39,3 P. = 112.

8 avril. — T. matin = 37,8 P. = 100.

T. soir = 39,8 P. = 104.

9 avril. — T. matin = 37,6 P. = 96.

T. soir = 40 P. = 100.

10 avril. — T. matin = 36,8 P. = 84.

T. soir = 40,2 P. = 112.

Ensuite, la température oscille autour de 37 degrés et le pouls autour de 80.

La femme sort le 16 août malgré les observations faites.

493 de 1904. — *Accouchement spontané. Septicémie. — Mort.*

A. H..., dix-huit ans, I-pare.

D. R. : 23-30 juin.

Accouchement et délivrance naturels.

Trente minutes-après, la femme perd du sang. Injection intra utérine. Le pouls reste cependant au-dessus de 100 pendant quelques heures.

3 avril. — T. matin 39°6. P. = 140. Frisson. Lochies fétides.

*Injections utérines* matin et soir. T. soir = 40°6. P. = 156.

4 avril. — T. matin = 39°4. P. = 152. *Curettage*. T. soir = 39°5. P. = 140.

5 avril. — T. matin = 39°4. P. = 160. *Lavage utérin*. T. soir = 40°2. P. = 152.

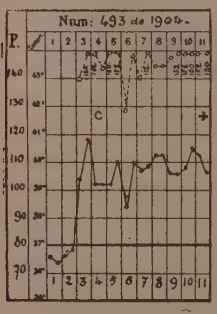
6 avril. — T. matin = 38°6. P. = 132. Injections vaginales. T. soir = 40°2. P. = 148.

7 avril. — T. matin = 40 degrés P. = 140. Purgatif. T. soir = 40°1. P. = 152.

8 avril. — T. matin = 40°4. P. = 144. T. soir = 40°5. P. = 144.

9 avril. — T. matin = 39°8. P. = 148. T. soir = 39°8. P. = 152.

10 avril. — T. matin 40 degrés. P. = 152. Dyspnée. Bruits du cœur sourds. Digitale. Enveloppements froids toutes les trois heures. La température demeure au-dessus de 40 degrés malgré les enveloppements, et le pouls à 160.




minuit : T = 40°4. P. = 150.

11 avril, 3 heures matin. — T. = 40°6. P. = 166.

3 heures 15 : Pouls incomptable.

8 heures 30 : T. = 40°4. Pouls irrégulier, petit, incomptable respiration fréquente.

La température reste au-dessus de 40 degrés.

Pouls irrégulier varie entre 160 et 168.

5 heures soir : T. = 39°8. P. = 176.

8 heures soir : T. = 38,5. Pouls incomptable.

12 avril, 1 heure matin. — T. = 37 degrés.

La femme succombe à 3 heures matin.

*Autopsie.* — Pas de lésions macroscopiques.

743 de 1904. — *Accouchement spontané. — Septicémie. — Mort*

M. M..., dix-neuf ans, I-pare.

Cette femme arrive à la Clinique, trois heures après la rupture des membranes.

Accouchement : *Le travail dure soixante-seize heures.*

Délivrance : Spontanée. Membranes incomplètes. Après : T. — 39,5. P. = 124.

17 juin soir. — T. = 39,5. P. = 124. *Injection utérine.*

18 juin : T. matin = 38,6. P. = 116. Ventre peu douloureux. *Injection utérine.* T. soir = 39,2. P. = 118.

19 juin. — T. matin = 38,6 P. = 112. *Injection utérine* : Débris.

Douleurs dans les membres inférieurs. Utérus douloureux. Escarres grisâtres sur la vulve et le vagin

Midi 30 : *Irrigation continue à l'eau phéniquée* (1/600).

1 heure soir : T. = 39 degrés. P. = 116.

2 heures soir : T. = 39 degrés. P. = 120. Douleurs lombaires.

3 heures soir : T. = 39 degrés. P. = 120.

10 à 11 heures soir : la malade a reposé.

Minuit : T. = 36,8. P. = 88. On cesse l'irrigation.

20 juin, 1 heure et 2 heures matin. — Frissons.

3 heures : T. = 39,8. P. = 120. Douleurs dans les membres inférieurs.

9 heures : T. = 36,4. P. = 100.

Midi : douleurs très violentes dans les membres inférieurs. On cesse l'irrigation.

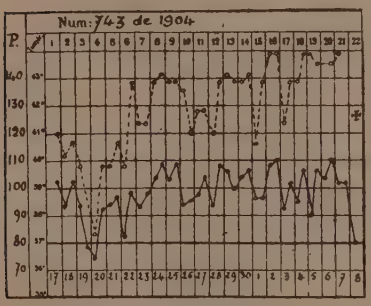
6 heures soir : T. = 38,5. P. = 116.

7 heures soir : Morphine. Injection vaginale.

21 juin. — T. matin = 38,5. P. = 112. T. soir = 38,8 P. = 120.

22 juin. — T. matin = 37,4. P. = 112. T. soir = 39 degrés. P. = 140.

23 juin. — T. matin = 38,6. P. = 128. Ballonnement du ventre.




Injections vaginales toutes les deux heures. Douleurs dans les membres inférieurs. T. soir = 39 degrés. P. = 128.

24 juin. — T. matin = 59,4. P. = 140. Lavement suivi d'évacuation abondante. T. soir = 40 degrés. P. = 144.

25 juin. — T. matin. = 39,4. P. = 140. Diarrhée. Prostration. T. soir = 40 degrés. P. = 140.

Les jours suivants, l'infection continue. Voir courbe du pouls et de la température.

5 juillet au soir. — Pouls incomptable.

6. 7. 8 juillet. — Pouls oscille entre 148 et 160 ; la température axillaire entre 39,4 et 40,2.

8 juillet, 8 heures matin. — T. = 37 degrés. Pouls irrégulier, incomptable.

La malade meurt à 10 heures.

*Autopsie.* — Rupture de la symphyse du pubis. Abcès. Eschare sacrée.

Utérus : fausses membranes.

Broncho-pneumonie double.

Endocardite végétante tricuspidienne.

997 de 1904. — *Hémorragie une heure après la délivrance. — Infection. — Curettage le sixième jour.*

E..., Marie, vingt ans, III-pare.

Premier accouchement : normal, à terme.

Deuxième accouchement : avortement de six semaines *Grosesse actuelle.* — Accouchement normal.

Délivrance par extraction simple, trente minutes après l'accouchement. *Membranes dissociées incomplétes.*

Une heure après, la femme perd un peu, le pouls de 76 monte à 116. Malaise général. Injection intra-utérine à 50 degrés, l'écoulement cesse.

*Suites de couches :*

| | | |
|---|---|---|
| Premier jour : | T. matin = 36, 8 | |
| | T. soir = 36, 8 | |
| Deuxième — | T. matin = 37 | |
| | T. soir = 37 | |
| Troisième — | T. matin = 36, 8 | |
| | T. soir = 38, 2 | P. = 120. |
| | | Injection utérine. Débris. |
| Quatrième — | T. matin = 36, 8 | P. = 108. |
| | | Injection utérine. Débris. |
| | T. soir = 38, 4 | P. = 120. |

Cinquième — T. matin = 36,8 P. = 100.
Injection utérine. Débris.
T. soir = 38 P. = 108.
Sixième — T. matin = 37, 4 P. = 112.
T. soir = 38, 2 P. = 104.
*Curettage.*
Septième — T. matin = 38 P. = 116.
Injection utérine.
T. soir = 37, 8 P. = 108.
Huitième — T. matin = 37 P. = 88.
T. soir = 36, 9
Suites normales.

422 de 1905. — *Accouchement spontané. — Infection puerpérale. — Injection intra-utérine. — Curettage. — Irrigation continue. — Mort le seizième jour.*

R..., M. vingt-sept ans, II-pare.

Premier accouchement, à terme.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : 10-15 juillet.

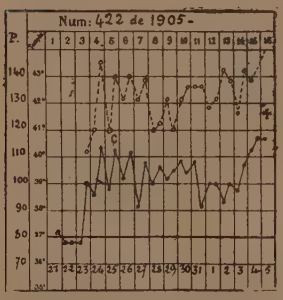
Entre à la Clinique le 20 mars, et y accouche le soir.

Délivrance normale. T. = 37 degrés.

23 mars, soir. — T. = 39 degrés. P. = 112. Injection utérine qui ramène des débris.

24 mars. — T. = 38°6 et 40°4. P. = 120 et 148.

25 mars. — T. = 38°8. P. = 120.




Utérus douloureux. Faciès pâle. Insomnie.

Soir : T. = 40,5. P. = 140. *Curettage* : Caillots anciens.

26 mars. — T. = 39,2 et 40,2. P. = 128 et 144. Facies vultueux. Sérum : 300 grammes. Lavement. Irrigation continue.

27 mars. — T. = 38, 2. P. = 132. Aggravation de l'état général. Pouls petit, irrégulier. Abcès de fixation. Sérum : 300 grammes. T = 39,8. P. = 140.

28 mars. — P. = 128. T. 39 degrés. Sérum : 300 grammes. Morphine. Soir : P. = 138. T. = 39,8. Etat moins alarmant.

29 mars. — T. = 39,2 et 39,5. P. = 120 et 124.

30 mars. — T. = 39,2. P. = 132. Insomnie. Langue humide. Pouls régulier. Lucidité complète. Lavement évacuateur. T. = 39,3. P. = 120.

31 mars. — T. = 39,8. P. = 132. Frisson. Soir. T. = 38,2. P. = 136.

1er avril. — La malade ne peut remuer les jambes. Eschare sacrée. T. = 39 degrés. P. = 136.

2 avril. — T. = 38,4 et 39 degrés. P. = 126 et 132. Frisson.

3 avril. — T. = 38,8 et 39,7. P. = 148 et 126. Abattement. Urines boueuses. Respiration difficile.

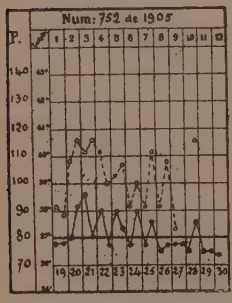
4 avril. — Abattement profond, pouls irrégulier.

5 avril. — T. = 40,5, pouls filiforme, incomptable, irrégulier. Etat comateux. Mort à midi.

Pas d'autopsie.

752 de 1905. — *Insertion basse du placenta. — Hémorragie au cours du huitième mois. — Déchirure large des membranes. — Délivrance incomplète. — Extraction de cotylédons placentaires détachés. — Suite de couches fébriles.*

S... Albertine, quarante-deux ans, ménagère, 11-pare.




Pertes de sang à partir du 12 mai.

18 mai, 1 heure matin. — Nouvelle hémorragie.

11 h. 30 matin : la femme vient à la clinique. Le pouls est à 00.

midi 30 : hémorragie très abondante, le pouls atteint 120 puis devient incomptable.

Déchirure large des membranes, l'hémorragie cesse et le pouls redevient perceptible (130 pulsations à la minute).

3 h. 45 : expulsion d'un fœtus mort pesant 1.730 grammes.

Pendant la délivrance, le pouls faible ne dépasse pas 100. Pas d'écoulement sanguin.

Après l'extraction du placenta : nouvelle hémorragie, pouls à 140. Extraction d'un cotylédon resté adhérent.

Injection de 500 grammes de sérum, le pouls revient à 108.

*Suites de couches :*

| | | | |
|---|---|---|---|
| Premier jour : | P. matin = 92 | T. = 36,8 |
| | P. soir = 92 | T. = 36,8 |
| Deuxième — | P. matin = 108 | T. = 37 |
| | P. soir = 116 | T. = 38,2 |
| Troisième — | P. matin = 112 | T. = 38,4 |
| | P. soir = 116 | T. = 37 |
| Quatrième — | P. matin = 112 | T. = 38 |
| | P. soir = 100 | T. = 36,8 |
| Cinquième — | P. matin = 116 | T. = 38 |
| | P. soir = 108 | T. = 37,4 |
| Sixième — | P. matin = 92 | T. = 36,8 |
| | P. soir = 100 | T. = 38 |

Suites normales.

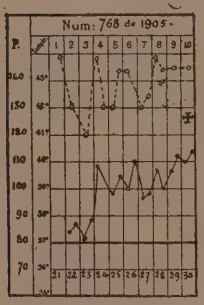
768 de 1905. — *Symphyséotomie. — Hémorragie utérine grave trois heures après l'opération. — Septicémie. — Mort.*

D. C..., vingt-huit ans, IV-pare.

Accouchements antérieurs : premier accouchement : procidence du cordon.

Deuxième accouchement : sixième mois.

Troisième accouchement : Basiotripsie.




Bassin annelé.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : 14-20 juillet.

21 mai. — Symphyséotomie par M. Sauvage à 9 h. 30.

1 heure : Brusquement l'utérus devient mou, le pouls faiblit et s'accélère. P. = 145, irrégulier. Rapidement les symptômes s'aggravent, le pouls devient incomptable, le corps se couvre de sueur, les pupilles se dilatent, la femme se plaint d'étouffer et délire.

Injections d'éther, caféine, ergotine.

Injection utérine à 50 degrés. L'hémorragie s'arrête.

6 heures du soir: Légère amélioration. P. = 148, imperceptible.

22 mai. — T. = 37,4 et 37,7 : P. = 130. Soif intense. Agitation.

23 mai. — T. = 37,2 et 37,9 : P. = 120. Même état.

24 mai. — T. = 39,8 : P. = 148 et 130. Injection utérine. Garde-robes abondantes.

25 mai. — T. = 38,8 et 39,4 : P. = 130. Injection utérine. Sérum : 300 grammes.

26 mai. — T. = 39 degrés et 40 degrés : P. = 144. Diarrhée.

27 mai. — T. = 38,6 et 38,8. P. = 130 et 134. Diarrhée.

28 mai. — T. = 39,6 et 39 degrés. P. = 148 et 144. Tremblement des muscles de la face. Soubresauts des tendons. Sérum : 300 grammes.

29 mai. — T. = 39,6 et 40,2. P. = 144. Agitation. Insomnie. Evacuation involontaire.

30 mai. — T. = 40 degrés et 40,4 : P = 144. Mort à 10 heures du soir.

*Autopsie*. — Lésions d'infection. Phlébite suppurée des veines utéro-ovariennes. Eschares vaginales et utérines.

904 de 1905. — *Insertion vicieuse du placenta. — Hémorragies pendant la grossesse. — Hémorragie grave pendant le travail. — Rupture large des membranes. — Curettage. — Péritonite. — Mort le trentième jour*.

G. M..., trente et un ans, III-pare.

Deux accouchements normaux.

*Grossesse actuelle*. — D. R. : 10-12 octobre.

En avril. — Hémorragie abondante : Repos et injections chaudes.

23 mai. — Hémorragie plus abondante.

8 juin. — Nouvelle hémorragie : injections chaudes.

15 juin, 6 heures soir. — Début du travail : hémorragie grave (600 gr. caillots). P. = 116.

Rupture large des membranes et ballon de 300 grammes.

Sérum : 1000 grammes. L'hémorragie s'arrête et le pouls oscille entre 100 et 110.

8 heures soir : l'écoulement se reproduit. P. = 120. Au toucher on sent le ballon crevé et dégonflé au milieu des caillots. Deuxième ballon, l'hémorragie s'arrête.

Pendant la nuit : P. = 120.

16 juin, 9 heures matin. — P. = 120.

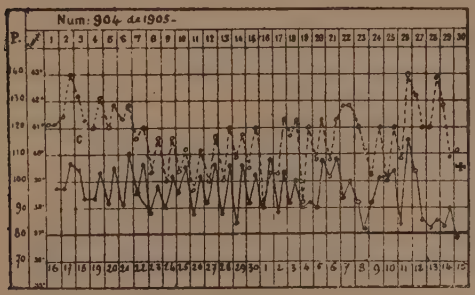
10 heures matin : l'écoulement recommence. P. = 134. Le deuxième ballon est crevé et dégonflé.

Introduction d'un troisième ballon de 500 grammes.

La dilatation est bientôt complète. Version interne. Délivrance spontanée au bout de cinq minutes. Membranes incomplètes. Injection utérine prolongée.

Deux heures après l'accouchement : grand frisson. T. = 39°6.

Pendant les deux jours qui suivent : T. = 39-40 degrés. P. = 124 et 140. Utérus sensible. Lochies fétides.




Sérum antistreptococcique : 80 grammes ; injection utérine.

Troisième jour, 6 heures soir : *Curetage.*

Quatrième jour : pansement et lavage utérin.

Jusqu'au vingt-huitième jour le pouls oscille entre 100 et 120, il s'abaisse à 90, et la température reste pour la première fois au-dessous de 38 degrés.

Vingt-neuvième jour : même état, ventre moins tendu.

Trentième jour : la malade est prise dans la matinée d'un malaise général : vomissements bilieux, dyspnée intense, vio-

lentes douleurs abdominales, agitation. Laparotomie sous-ombilicale :

Evacuation d'une quantité considérable de pus verdâtre et d'odeur très fétide. Le péritoine est partout occupé par des poches de pus qui remontent jusque dans la région hépatique. Grosse collection juxta-utérine à gauche. Drainage.

Pendant l'intervention, qui a duré une dizaine de minutes, le pouls déjà à peine perceptible avant l'anesthésie, ne peut plus être senti. La malade meurt, quelques instants après l'intervention.

1177 de 1905. — *Rupture prématurée des membranes. — Infection utérine avant l'entrée dans le service. — Septicémie puerpuérale. — Température normale. — Fréquence du pouls. — Durée du travail : dix heures quinze minutes. — Mort.*

J..., quarante-huit ans, X-pare.

Accouchements antérieurs : huit normaux, un avortement de six mois. Phénomènes de salpingite après le cinquième accouchement.

*Grossesse actuelle.* — D. R. : (?).

2 août. — Rupture prématurée des membranes à 7 heures soir.

Le lendemain, la femme va travailler et se met dans le vagin un tampon d'ouate, pour éviter toute perte de liquide.

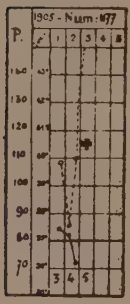
3 août, midi. — Entre à la clinique Baudelocque : T. = 37°4. P. = 108, on enlève le tampon (odeur fétide).

Accouchement normal. Enfant mort après quelques inspirations. Trente minutes après : délivrance. Le placenta dégage une odeur infecte.

4 août, 11 heures matin. — Vomissements, traits tirés, figure jaunâtre. Polypnée. Agitation. P. = 85, régulier. T. = 37°2. Douleurs abdominales.

Le soir : Vomissements verdâtres, puis franchement verts. Ventre ballonné, sensible. P. = 110, petit. T. = 36 degrés Respiration plus rapide et irrégulière. Injection utérine. L'aggravation continue. Vomissements vert-jaune. Le ballonne-

ment augmente. Pas de miction. P. = 140, faible. Les extrémités se refroidissent. Sérum : 500 grammes.




Minuit : Pouls incomptable. Sueurs généralisées. Extrémités froides. MM. Gosset et Wallich, étant donnée l'aggravation continue de l'état général, renoncent à une intervention quelconque.

5 août, 4 heures matin. — Coma. Mort à 7 heures.

*Autopsie.* — 6 août. — Putréfaction avancée. Gaz d'odeur infecte au moment de l'ouverture du péritoine.

Pas de rupture du col de l'utérus.

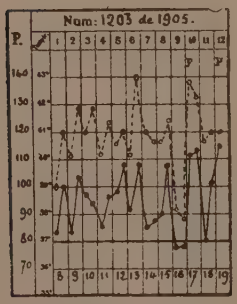
1203 de 1905. — *Insertion basse du placenta. — Hémorragie pendant la grossesse et pendant le travail.*

C... Gabrielle, trente-trois ans, VI-pare.

Six accouchements antérieurs normaux.

*Grossesse actuelle.* — Pendant la grossesse, elle a eu plusieurs hémorragies qui ont cessé sous l'influence du repos et des injections vaginales chaudes.

7 août : Entre à la clinique à 8 heures matin : pâleur extrême, vêtements souillés de sang. P. = 86, très faible.




Léger écoulement par la vulve.

Au toucher on sent les cotylédons placentaires.

Les membranes sont rompues largement.

Sérum : 500 gr. — P. = 108, très faible.

Ballon de Champetier.

A 10 h. 15 : P. = 140. On décide de terminer l'accouchement.

Version interne et extraction d'enfant mort.

Placenta décollé en partie. P. = 120.

Midi : P. = 140, très petit. 500 gr. sérum. — Dyspnée, oxygène. Ether, caféine.

1 h. 30 : P. = 120, mieux frappé.

6 heures : P. = 120. T. = 38.

8 août. — Le pouls oscille entre 120 et 140. La femme se plaint de douleurs dans le ventre.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 9 août, | | matin. — | P. = 112 | T. 37, 4 |
| | | soir | P. = 128 | T. 39, 4 |
| 10 | — | matin | P. = 112 | T. 38, 8 |
| | | soir | P. = 128 | T. 38, 4 |
| 11 | — | matin | P. = 112 | T. 37, 7 |
| | | soir | P. = 124 | T. 38, 7 |
| 12 | — | matin | P. = 116 | T. 38, 8 |
| | | soir | P. = 120 | T. 39, 8 |
| 13 | — | matin | P. = 112 | T. 38, 2 |
| | | soir | P. = 140 | T. 39, 8 |
| 14 | — | matin | P. = 120 | T. 37, 4 |
| | | soir | P. = 116 | T. 37, 8 |
| 15 | — | matin | P. = 116 | T. 38 |
| | | soir | P. = 128 | T. 39, 8 |
| 16 | — | matin | P. = 92 | T. 36, 8 |
| | | soir | P. = 88 | T. 36, 8 |
| 17 | — | matin | P. = 136 | T. 40, 3 |
| | | soir | P. = 132 | T. 40, 4 |

Frisson, la femme ne souffre nulle part. Soif vive. Anorexie.

18 août, matin. — P. = 116. T. = 37. Soir : P. = 120. T. = 39,2.

19 août, matin. — P. = 120. T. = 40,6. Frisson. Etat très grave. La femme quitte la clinique, malgré les avis donnés.

1477 de 1905. — *Insertion vicieuse du placenta. — Hémorragies pendant la grossesse. — Rupture artificielle des membranes. — Hémorragie pendant le travail. — Ballon de Champetier. — Curettage.*

S..., I-pare.

D. R. : 5-10 février.

En juillet, août et septembre, pertes de sang cédant au repos et aux injections chaudes, et, reparaissant dès que la femme se lève.

Albumine dans les urines.

1er octobre. — Hémorragie abondante, injections chaudes ; mais l'hémorragie devient de plus en plus abondante, et la femme est amenée à la Clinique Baudelocque.

A l'examen : Col perméable, non effacé ; orifice utérin recouvert par les cotylédons placentaires. P. = 136 : T. = 37°1. Sérum artificiel : 500 grammes. Les membranes sont déchirées largement. Ballon de Champetier (350 gr.). La femme ne perd plus.

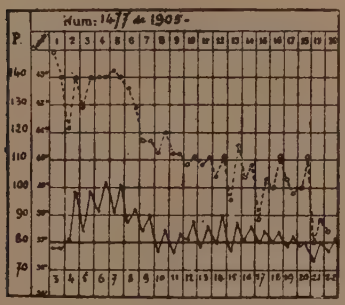
2 octobre. — Le lendemain à 9 heures matin, léger écoulement : P. = 160. Sérum : 1000 grammes.

9 h. 30 : extraction d'un fœtus mort. Délivrance artificielle immédiate.

4 octobre. — T. = 37°1, et 38°8 : P. = 140. Injection utérine. Liquide sale. Sérum antistreptococcique : 80 grammes.

5 octobre. — T. = 37°4, et 38°8 : P. = 140. Injection utérine.

6 octobre. — T. = 38°2 : P. = 140 : Deux injections utérines ramènent du liquide sale : Sérum antistreptococcique : 80 grammes.



Soir : T. = 39 degrés : P. = 140.

Curettage : débris de membranes et de caduque.

7 octobre. — T. = 38°1 et 39°1 : P. 140.

8 octobre. — T. = 37°9 et 38°3 : P. = 136 et 128.

9 octobre. — T. = 37°6 et 38 degrés : P. = 116.

Puis la température revient à la normale, mais le pouls oscille entre 100 et 112 jusqu'au dix-huitième jour.

Le vingt-deuxième jour : Zona. Le pouls reste aux environs de 112. T. monte à 38°2.

A partir du vingt-cinquième jour, le pouls oscille entre 80 et 96. Température normale.

La femme sort en bon état.

867 de 1907. — *Insertion basse du placenta. — Hémorragies pendant la grossesse et le travail. — Infection légère.*

Voir : observations. Hémorragies pendant la grossesse.

960 de 1907. — *Accouchement à terme. — Endométrite. Péritonite. — Mort.*

M... Marguerite, vingt-quatre ans, I-pare.

D. R. : 25 août-2 septembre.

Pertes jaunâtres pendant les derniers mois de la grossesse.

Accouchement normal, ainsi que la délivrance.

Après : P. = 76, T. = 36°8.

*Suites de couches :*

21 juin (deuxième jour), 5 heures soir. — Frisson. Injection utérine, pas de débris. Sérum antistreptococcique : 80 grammes.

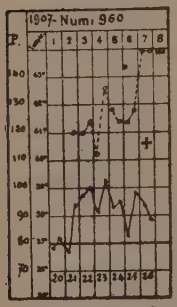
22 juin. — Sérum antistreptococcique : 80 grammes.

Soir : T. = 39 degrés P. = 124. Injection utérine prolongée. Pas de débris. Liquide rosé.

23 juin, matin. — T. 38°2 : P. 112.

20 grammes d'huile de Ricin. Sérum antistreptococcique : 80 grammes :

Injection utérine prolongée qui ramène quelques petits débris.




Lochies franchement rouges, sans odeur.

Soir : T. = 39°4, P. = 136.

24 juin, matin. — P. = 128, T. = 38°2.

Soir : Diarrhée intense : T. = 38°4 P. = 124.

25 juin, matin. — T. = 37°3, P. = 124.

Soir : Météorisme accusé. Douleur à la pression dans la région hypogastrique. Pas de vomissements. Selles grisâtres. Lavement laudanisé. T. = 38°8, P. = 128.

26 juin. — Vomissements porracés. Glace sur le ventre. T. = 38°4, P. = 130. — Soir : T. = 37°9. P. : 156.

Minuit 40 : La femme succombe.

*Autopsie*. — Péritonite. Thrombose des veines utéro-ovariennes.

Examen du sang le 26 juin : Résultat négatif.

1227 de 1907. — *Insertion basse du placenta. — Hémorragies de la grossesse du travail, et de la délivrance. — Infection.*

L... Olympe, vingt ans, I pare.

D. R. : 1-3 novembre.

20 juin. — Hémorragie assez abondante.

12 juillet. — Hémorragie avec caillots.

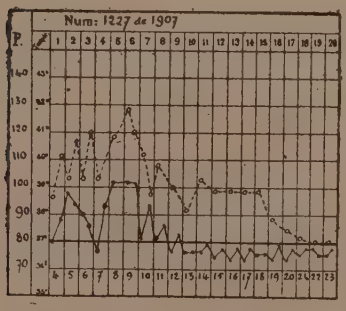
24 juillet. — Entre à la Clinique Baudelocque : repos absolu et injections chaudes.

30 juillet. — P. = 84 TA. = 15,5

1er août. — P. = 76 TA. = 15

2 — P. = 80 TA. = 14,5

3 — P. = 88 TA. = 14,5




11 heures du soir : Hémorragie. P. = 96.

4 août, 4 heures du matin. — Hémorragie cédant à injection à 50 degrés.

9 heures du matin : P. = 112. TA. = 11,5.

Midi : L'écoulement persiste. P. = 112. On déchire largement les membranes. Injection à 50 degrés.

5 août. — Accouchement, puis délivrance artificielle. le placenta est sur le bord de l'orifice utérin.

P. = 112 TA. = 12,5

6 août. — P. = 108 TA. = 14,5

Soir : P. = 120 TA. = 14,5

7 — P. = 104 TA. = 15

8 — P. = 116 TA. = 14,5

9 — P. = 128 TA. = 14,5

| | | | |
|---|---|---|---|
| 10 | août | P. = 112 | TA. = 15,5 |
| 11 | — | P. = 108 | TA. = 15,5 |
| 12 | — | P. = 100 | TA. = 15 |
| 13 | — | P. = 92 | TA. = 15,5 |
| 14 | — | P. = 104 | TA. = 15 |
| 15 | — | P. = 96 | TA. = 15 |
| 16 | — | P. = 96 | TA. = 16 |
| 17 | — | P. = 96 | TA. = 15,5 |
| 19 | — | P. = 88 | TA. = 15 |

1962 de 1907. —*Rupture prématurée des membranes au début du travail.* — *Dilatation stationnaire.* — *Frisson pendant le travail* (*T. = 40 degrès. P. = 140*). —*Physométrie.* —*Infection légère.*

Voir : Observations. Travail prolongé et infection pendant le travail.

## Phlébite

519 de 1901. — *Suites de couches fébriles.* — *Phlegmatia alba dolens des deux membres inférieurs et du membre supérieur droit.*

A... Eugénie, vingt-cinq ans, ménagère, I-pare.

Accouchement spontané le 18 mars à 9 h. 50 soir.

Délivrance incomplète, trente minutes après l'accouchement.

Le lendemain de l'accouchement, frisson avec élévation thermique jusqu'à 40°5 P. = 160. Injection intra-utérine.

20 mars. — T. = 39°5. P. = 130. Injection intra-utérine.

21 mars. — T. = 39°5. P. = 130. Frisson. T. = 41°3. P. = 140.

22 mars. — T. = 37 degrés. T. = 38° 5. P. = 108.

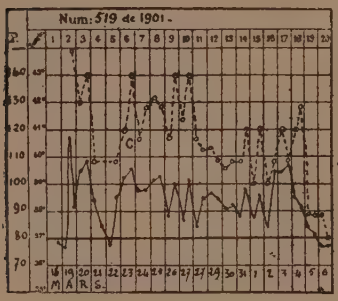
23 mars. — T. = 39°2. P. = 120. Soir : T. = 39°6. P. = 140. Point de côté. Crachats hémoptoïques.

23 mars. — *Curettage.* Injection intra-utérine.

24 mars. — T. = 38°8. P. = 116. Injection intra-utérine. Point de côté moins accusé. Léger souffle à gauche.

25 mars. — T. = 39°3. P. = 128. Injection intra-utérine. Même état jusqu'au 1er avril. Température au niveau de 38 degrés. Le pouls oscille entre 116 et 140.

1er avril. — Douleurs dans les deux jambes. T. = 38°8. P. = 124.




2 avril. — T. = 39°4. P. = 108.

3 avril. — Douleurs dans le bras droit. T. = 39°6. P. = 108.

4 avril. — OEdème des deux membres inférieurs et du bras droit. T. = 38°4. P. = 120.

5 avril. — Même état.

6-7-8 avril. — Point de côté, crachats hémoptoïques la ; température oscille entre 37 et 39 degrés. Le pouls entre 96 et 104.

9 avril. — Chute de la température. P. = 88. Ensuite: Pouls normal.

L'œdème des membres disparaît rapidement.

La femme quitte le service en bon état le 15 mai.

1888 de 1903. — *Avortement de deux mois environ. — Phlébite.*

M..., Lucie, trente-six ans, ménagère, IX-pare.

Tous les accouchements antérieurs normaux. Sixième grossesse : avortement.

*Grossesse actuelle.* — Fécondée pendant l'allaitement.

11 novembre. — Perte de sang.

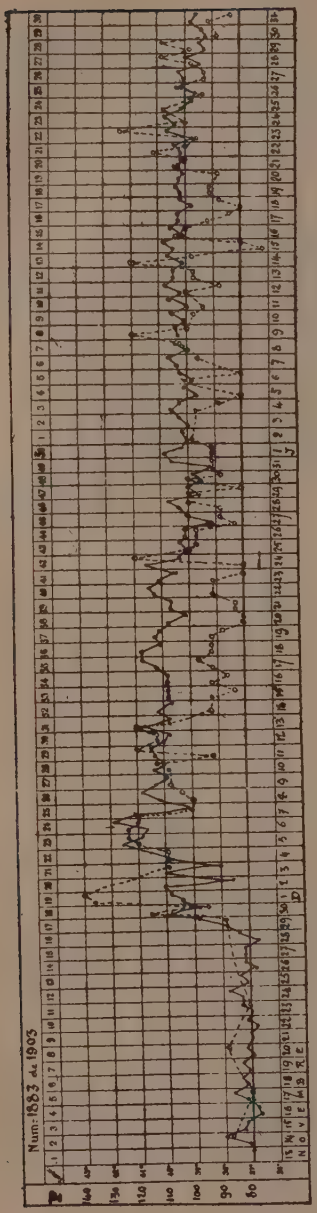
12 novembre. — Perte plus abondante. La femme entre à la Clinique Baudelocque à 7 heures du matin.

Facies décoloré. P. = 104. — T. = 37,2.

Expulsion d'un petit œuf complet.

Injection vaginale prolongée à 50 degrés.

*Suites de couches.* — Normales jusqu'au 27 novembre, sauf une élévation de température à 38 degrés (P. = 88 le soir du deuxième jour.)



27 novembre. — Douleur dans le membre inférieur gauche. Elancement dans le mollet. Pas d'œdème. Douleur assez intense jusqu'au 10 décembre.

6 au 16 décembre. — Pansement au chlorhydrate d'ammoniaque.

10 décembre. — Eruption urticarienne. Douleurs articulaires.

26 décembre. — La jambe droite augmente de volume.

6 janvier. — Douleur dans la jambe droite. T. = 39 degrés. P. = 100.

1er au 28 janvier. — Température oscille entre 39 et 40 degrés et le pouls autour de 90.

28 janvier au 12 février. — Température oscille entre 38 et 39 degrés. Pouls autour de 90.

6 mars. — Le matin en changeant de draps la malade est obligée de remuer. Aussitôt crises d'étouffement, qui se sont reproduites dans la journée et dans la nuit. Sensation de constriction au cœur. T. = 38°7. P. = 92.

Jusqu'en mai : Température oscille entre 37°8 et 38°5. Pouls oscille entre 80 et 100.

A partir du 18 mai : Température oscille entre 37°2 et 37°7.

2 juin. — La température est normale et s'y maintient ensuite.

Cette femme est restée huit mois à la Clinique, elle a eu successivement une phlébite de la jambe gauche, une de la jambe droite, et enfin du membre supérieur.

Elle est sortie guérie.

Elle est d'ailleurs revenue en 1907 accoucher à la Clinique. Accouchement normal, ainsi que les suites de couches.

1377 de 1905. — *Mort subite le onzième jour. Embolie pulmonaire*

L... S., trente-sept ans, I-pare.

D. R. : 24-26 novembre.

Accouchement normal ainsi que la délivrance.

Fibrome volumineux au fond de l'utérus.

*Suites de couches.* — Normales. Mais le pouls noté le premier et le cinquième jours est à 112 et 104.

Le 24 septembre, à 7 heures matin. — La femme se dispose à quitter le service. Elle se lève, se baisse et tombe inanimée.

*Autopsie.* — Embolie pulmonaire gauche.

Thrombose des veines utéro-ovariennes gauches.

1137 de 1907. — *Bassin étroit canaliculé. Opération césarienne par M. Mouchotte. — Phlébite.*

T... Berthe, vingt-huit ans, I-pare.

D. R. : 4-8 octobre.

17 juillet. — Pas d'albumine. P. = 80 TA. = 15.

18 juillet. — P. = 84 TA. = 13,5.

19 juillet.—Début du travail ; pendant contraction utérine : P. = 92. TA. = 18 ; entre les contractions : P. = 88 TA. = 16,5.

Opération césarienne.

La caduque n'a pu être complètement détachée.

Soir : P. = 104 TA. 16,5.

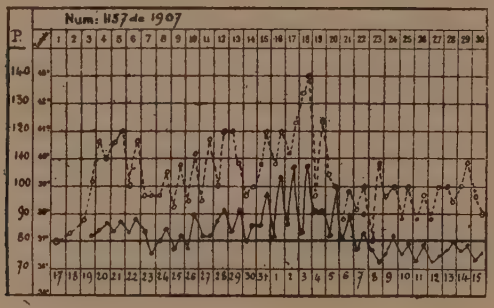
20 juillet. — P. = 116 TA. = 14,5

21 — P. = 116 TA. = 15,5

22 — P. = 100 TA. = 15,5

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 23 | juillet | P. = 96 | TA. = 13,5 | Soir P. = 106 |
| 24 | — | P. = 96 | | Soir P. = 108 |
| 25 | — | P. = 92 | TA. = 13,5 | Soir P. = 110 |
| 27 | — | P. = 92 | TA. = 15 | Soir P. = 116 |
| 28 | — | P. = 100 | TA. = 13 | Soir P. = 120 |
| 29 | — | P. = 120 | TA. = 13,5 | |
| 30 | — | P. = 96 | TA. = 14 | |
| 31 | — | P. = 108 | TA. = 14 | |

Douleur et œdème du membre inférieur gauche. Les jours suivants se confirme une phlegmatia de ce membre. Immobilisation.




| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1er | août. — | P. = 108 | TA. = 13 | |
| 2 | — | P. = 112 | TA. = 14 | |
| 3 | — | P. = 134 | TA. = 14 | |
| 4 | — | P. = 96 | TA. = 14,5 | |
| 5 | — | P. = 104 | TA. = 14,5 | |
| 6 | — | P. = 88 | TA. = 14,5 | |
| 7 | — | P. = 92 | TA. = 14,5 | |
| 8 | — | P. = 80 | TA. = 14 | |
| 9 | — | P. = 96 | TA. = 14,5 | |
| 10 | — | P. = 88 | TA. = 14,5 | |
| 11 | — | P. = 88 | TA. = 13,5 | |
| 12 | — | P. = 88 | TA. = 14,5 | |
| 13 | — | P. = 100 | TA. = 14,5 | |
| 14 | — | P. = 100 | TA. = 15,5 | |
| 15 | — | P. = 96 | TA. = 16 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 16 | août | P. = 80 | TA. = 15,5 |
| 17 | — | P. = 96 | TA. = 14,5 |
| 18 | — | P. = 84 | TA. = 14 |
| 19 | — | P. = 80 | TA. = 14 |
| 20 | — | P. = 76 | TA. = 15 |
| 21 | — | P. = 76 | TA. = 15 |
| 22 | — | P. = 92 | TA. = 14 |
| 23 | — | P. = 72 | TA. = 13,5 |
| 24 | — | P. = 84 | TA. = 15 |
| 25 | — | P. = 76 | TA. = 14,5 |
| 26 | — | P. = 108 | TA. = 14,5 |
| 27 | — | P. = 64 | TA. = 15,5 |
| 28 | — | P. = 84 | TA. = 15,5 |
| 29 | — | P. = 84 | TA. = 15 |

La femme quitte le service le 18 septembre en bon état.

## CONCLUSIONS

### I. — *Pouls physiologique*

1° La *grossesse normale* ne semble influencer ni le nombre des pulsations, ni la tension artérielle. Toute élévation permanente, soit de la fréquence, soit de la tension, doit faire craindre une complication.

2° *Travail.* — Pendant la période de dilatation, la fréquence du pouls est plus marquée ; elle s'accentue lors des efforts d'expulsion et atteint son maximum, au moment de la sortie de la tête du fœtus.

Il en est de même de la tension artérielle. Elle croît pendant l'effort, atteint 18 et 20 et diminue pendant les pauses. Elle est maxima lors de l'expulsion de la tête.

Aussitôt après l'accouchement, elle décroît sans revenir à la normale, qu'elle ne retrouve qu'après la délivrance, généralement dans les deux ou trois heures qui suivent.

3° *Suites de couches.* — Le ralentissement physiologique du pouls, signalé par Blot, existe bien réellement.

Il n'y a dans la suite de couches, ni hypertension, ni hypotension. Après la délivrance, la tension revient à la normale et s'y maintient.

## II. — *Pouls pathologique*

1° *Albuminurie.* — La fréquence du pouls nous a paru un peu plus grande que normalement. La tension artérielle varie avec les cas.

Dans les albuminuries passagères, en général, elle reste normale.

Dans les albuminuries persistantes, elle est plus élevée (16, 17, 18), sans se maintenir toujours à ce chiffre. Exceptionnellement dans certaines albuminuries persistantes, on voit la tension rester normale.

Ce n'est que chez les albuminuriques avec hypertension, que nous avons rencontré des foyers hémorragiques anciens ou récents au niveau du placenta.

Les accidents graves d'auto-intoxication (*convulsions dites éclamptiques*) s'accompagnent d'hypertension. Cette hypertension peut exister sans albuminurie et n'être dans certains cas que le seul signe prémonitoire des accès dits éclamptiques.

Pendant toute la période d'intoxication, l'hypertension persiste et fixe le pronostic, la guérison n'étant certaine que lorsque la tension est revenue à la normale.

2° *Vomissements d'origine toxique.* — Le pouls, normal au début, s'accélère bientôt peu à peu, à mesure que l'intoxication progresse ; il atteint 100 et si l'affection n'est pas traitée, la fréquence va en s'accentuant, le pouls battant 120, 140 et même 160 fois par minute.

A mesure que le pouls s'accélère, la tension artérielle

diminue. Il y aurait hypotension marquée dans les cas mortels ; au contraire, la pression reviendrait à la normale lors de la guérison.

Lorsque dans un but thérapeutique, la grossesse a été interrompue, on remarque que la fréquence du pouls persiste après l'intervention, pendant un laps de temps variable suivant le degré d'intoxication de l'organisme.

3° *Hémorragies.* — Dans toute hémorragie, qu'elle survienne pendant la grossesse, le travail ou les suites de couches, le pouls s'accélère, augmente de quelques pulsations d'abord, et, si l'état devient grave, il atteint 100, 110, 120 et même plus.

Dans les hémorragies internes (H. rétroplacentaires, ruptures utérines, H. de la délivrance), le pouls semble atteindre plus rapidement 100, 110, mais en revanche cette fréquence du pouls persiste peu de temps.

Dans les hémorragies externes ou mixtes, (H. par insertion basse du placenta, H. rétroplacentaire, H. de la délivrance, H. par rétention placentaire) le pouls s'accélère moins vite ; mais lorsqu'il a atteint 100, 110, la fréquence devient rapidement plus grande si l'on n'intervient promptement. Cette fréquence du pouls persiste en général pendant huit à dix jours.

Lorsque du fait d'une hémorragie pendant la grossesse, le travail ou la délivrance, le pouls s'accélère de vingt pulsations (passe de 80 à 100 pulsations, par exemple), il est formellement indiqué d'intervenir pour tarir sûrement la source de l'hémorragie.

La tension artérielle, comme dans toutes les hémorragies, diminue pendant que le pouls s'accélère. Et il résulte de

nos observations qu'elle revient plus vite à la normale, après injection de sérum artificiel.

4° *Travail prolongé.* — Lorsque la durée du travail dépasse les limites normales, le pouls s'accélère et la tension artérielle diminue : ce fait est d'autant plus marqué qu'on s'éloigne davantage du début du travail.

La pulsation reprend d'ailleurs rapidement ses caractères normaux après l'accouchement, en général dans les vingt-quatre ou quarante-huit heures qui suivent.

5° *Infection.* — Dans l'infection d'origine génitale, qu'on l'observe pendant le travail ou les suites de couches, le pouls est toujours accéléré. La fréquence est plus ou moins marquée suivant le degré d'infection ; et, plus l'infection est grave, plus le pouls est rapide. Mieux que le thermomètre, il semble indiquer le degré de gravité de l'infection.

En comparant les deux courbes (pouls et température), nous sommes arrivé aux deux types suivants :

*a*) Le pouls suit la température.

*b*) Il y a dissociation entre le pouls et la température.

C'est dans le premier groupe que se trouvent les cas les moins graves (sauf toutefois lorsque, la température étant très élevée, le pouls bat environ 140 fois par minute).

La dissociation entre les deux courbes est un élément de pronostic très sombre, à moins qu'il n'y ait une cause, comme l'hémorragie, expliquant la rapidité du pouls.

La tension artérielle diminue dans les cas graves. L'hypotension serait très marquée lorsque la mort doit survenir Dans les cas à terminaison favorable, le sphigmomanomètre resterait autour de 13-14.

Chez l'accouchée dont la température est normale, un

pouls rapide et, en particulier, le « pouls grimpant » doit faire penser à l'infection veineuse, et, de ce fait, redouter l'embolie. La phlébite déclarée, la courbe thermique s'élève, puis redescend au bout d'un certain temps, l'accélération du pouls persistant pendant plusieurs jours après la chute de la température.

6° *Fluxion mammaire et infection de la glande.* — La fluxion mammaire normale ne s'accompagne pas d'élévation de température ni d'accélération du pouls.

Les crevasses au sein ne semblent pas influencer la courbe du pouls. Le pouls ne s'accélère que si les crevasses sont infectées ou compliquées de lymphangites. Dans ce dernier cas le pouls peut atteindre le chiffre élevé de 120 et le dépasser.

Dans les abcès du sein, le pouls se comporte comme dans toutes les suppurations.

*Conclusions thérapeutiques.* — Chaque fois qu'en dehors de l'infection, le pouls, d'une façon permanente, bat plus de cent fois par minute, comme dans les cas d'hémorragie et d'intoxication, la femme est en danger, et le médecin a le devoir et le droit de tout employer pour faire disparaître la cause de cette fréquence.

---

Vu : Le Président de la thèse :
PINARD

Vu : le Doyen :
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

# TABLE


Introduction.. ..... 9

PREMIÈRE PARTIE

Pouls physiologique pendant la grossesse..... 14
Pouls pathologique pendant la grossesse
Albuminurie..... 22
Accès dits éclamptiques..... 29
Vomissements dits incoercibles..... 39
Hémorragies de la grossesse..... 43

DEUXIÈME PARTIE

Pouls physiologique pendant l'accouchement..... 49
Pouls pathologique pendant l'accouchement
Travail prolongé..... 58
Troubles cardiaques..... 60
Hémorragies pendant le travail..... 63
Infection pendant le travail..... 70

TROISIÈME PARTIE

Pouls physiologique pendant les suites de couches..... 72
Pouls pathologique pendant les suites de couches
Hémorragies de la délivrance..... 83
Pouls pendant la fluxion mammaire..... 90
Pouls dans l'infection puerpuérale ..... 92

## OBSERVATIONS

Albuminurie :
1° Albuminurie sans hypertension..... 105
2° Albuminurie avec hypertension..... 112
Accès dits éclamptiques..... 125
Vomissements dits incoercibles..... 152
Hémorragies de la grossesse :
1° Hémorragies ayant nécessité l'interruption de la grossesse..... 171
2° Hémorragies pendant la grossesse..... 176
Pouls en tension artérielle pendant le travail..... 194
Hémorragies rétro-placentaires :
1° Hémorragies rétro-placentaires internes..... 198
2° Hémorragies rétro-placentaires mixtes avec pouls inférieur à 100, lors du 1er examen à la Clinique. 200
3° Hémorragies rétro-placentaires mixtes avec pouls au-dessus de 100 l'entrée à la Clinique..... 203
Ruptures utérines..... 207
Hémorragies par insertion basse du placenta pendant le travail.
Hémorragies arrêtées par la déchirure large des membranes..... 218
Hémorragies ayant persisté malgré la déchirure large des membranes et ayant nécessité la pose d'un ballon de Champetier..... 226
Troubles cardiaques pendant le travail..... 231
Travail prolongé et infection..... 232
Hémorragies de la délivrance :
1° Hémorragies internes..... 241
2° Hémorragies mixtes et externes..... 244
3° Hémorragies par rétention du cotylédon..... 259
4° Hémorragies secondaires de la délivrance..... 261
5° Hémorragies par rétention placentaire post-abortum..... 264

Thrombus vulvo-vaginal..... 281
Affections des seins..... 283
Infection puerpérale..... 286
Phlébite..... 332
CONCLUSIONS..... 338

Imp. de la Faculté de Médecine, Bonvalot-Jouve, 15, rue Racine, Paris